



Dr. Anibal Faundes

Editor

Uso de Misoprostol en Obstetricia Y Ginecología

Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia FLASOG

Quedan reservados los derechos de acuerdo a ley Depósito Legal N° 8-1-665-05

Extracto de **Capítulo 4: Aborto Terapéutico**

INDICACIONES

El misoprostol está indicado:

- En todos los casos en que se requiera **la interrupción segura del embarazo**, sea **en el primer o en el segundo trimestre** de la gestación.
- Para la **preparación y dilatación del cuello antes de un aborto quirúrgico**

CONTRAINDICACIONES

No se recomienda el uso de este medicamento en la interrupción del embarazo en mujeres con las siguientes condiciones (10):

- Alergia a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico, embarazo ectópico confirmado o masa anexial no diagnosticada.

PRECAUCIONES

- Coagulopatías.
- Embarazo molar (Debe preferirse aspiración intrauterina y curetaje)
- Dispositivo intrauterino (DIU) in situ (el DIU se debe retirar antes de administrar el misoprostol).
- Lactancia
- Cesarea previa

DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACIÓN

Vía de administración:

Recomendamos la vía vaginal por ser más efectiva que la vía oral y provocar menos efectos secundarios que la vía sub-lingual

Recordemos que la absorción del misoprostol es más rápida por la vía sublingual y oral que por la vía vaginal, lo que hace que las concentraciones sanguíneas sean más elevadas cuando es administrado por esas vías; pero la vida media es más prolongada con la administración vaginal lo que permite concentraciones sanguíneas más estables.

El mayor inconveniente de la vía sublingual es que puede provocar más reacciones gastrointestinales tales como náuseas y vómitos, y también escalofríos e hipertermia con más frecuencia que con la administración vaginal.

Dosis:

Recordemos que la sensibilidad del útero al misoprostol aumenta a medida que la edad gestacional es mayor (Ver capítulo 1, Farmacología). Por lo tanto, la dosis a utilizar depende de la edad del embarazo.

➤ **Durante el 1er Trimestre**

En embarazo de hasta 12 semanas recomendamos el siguiente esquema de tratamiento: Misoprostol vaginal 800 mcg cada 12 horas hasta completar 3 dosis.

Siempre que sea posible se recomienda realizar un ultrasonido evolutivo para comprobar el éxito del método. Si no se dispone fácilmente de ultrasonido deben usarse los criterios clínicos. En caso en que se obtenga como resultado del ultrasonido o se sospeche clínicamente de restos ovulares o coágulos sanguíneos se puede utilizar una dosis adicional de misoprostol (Cap.5).

PREGUNTA: ¿ Se puede usar misoprostol en mujeres adolescentes?

RESPUESTA En las mujeres adolescentes, el uso del misoprostol siguiendo este esquema es especialmente beneficioso ya que en ellas el aborto quirúrgico tiene habitualmente mayores complicaciones

➤ **Durante el 2do Trimestre (13 a 20 semanas)**

1. Dosis inicial de 400 mcg por vía vaginal si la gestación es de 13 a 15 semanas y 200 mcg si es de 16 a 20 semanas.
2. Repetir igual dosis si no ha habido respuesta a las 12 horas.
3. Si no hay respuesta a las 24 horas duplicar la dosis inicial (800 mcg hasta 15 semanas y 400 mcg entre 16 y 20 semanas) y repetirla 12 horas después si no hay evidencias de aborto inminente, hasta un máximo de 4 dosis.

PREGUNTA ¿ Es cierto que es conveniente agregar agua para disolver el comprimido?

RESPUESTA Cuando se usa misoprostol por la vía vaginal con cualquiera de las indicaciones propuestas, recomendamos humedecer las tabletas con 0,5 a 1,0 ml de agua o suero fisiológico para facilitar la disolución de la tableta y la de absorción más rápida de la droga

Tasa de éxito en la interrupción del embarazo con misoprostol.

A pesar de que hay una gran variedad de resultados en diferentes estudios, así como diferentes esquemas; en general, la tasa de éxito definida como la expulsión del producto de la concepción es de alrededor del 90% o un poco menos, tanto en el primer como en el segundo trimestre del embarazo (18). Sin embargo, esto depende del tiempo de espera para obtener el efecto. Por ejemplo, la tasa de abortos en las primeras 24 horas es un poco superior a 80% (19) y aumenta por lo menos hasta 72 horas después de la administración del misoprostol (20,21). Los resultados finales no están relacionados con el número de gestaciones o de abortos previos, paridad, raza o edad. Algunos autores describen una reducción de la eficacia del misoprostol en presencia de infección como vaginitis, vaginosis o cervicitis, sin embargo, otros autores no han encontrado ese mismo efecto (22,23).

Tiempo hasta conseguir el efecto

En la mayor parte de los casos la expulsión del producto de la concepción ocurre dentro de las primeras 24 horas, pero puede demorar 48 horas y hasta 72 horas en un menor número de casos.

Si pasado ese plazo no ha ocurrido el aborto, la conducta depende de la urgencia en vaciar el útero y de la decisión de la mujer. Si no hay urgencia y la mujer está dispuesta aceptar, se puede repetir el mismo procedimiento hasta una semana después del inicio del primer tratamiento

PREGUNTA:

Esos son los únicos esquemas que se pueden usar en el primer y segundo trimestre?

RESPUESTA

NO. La literatura muestra una enorme variedad de esquemas sin que hayan estudios que permitan identificar ventajas evidentes de un esquema sobre otro. Los esquemas que recomendamos se han mostrado tan efectivos como otros, pero nos parece que el intervalo de 12 horas es mas practico y elimina la posibilidad de suma de los efectos de una dosis con la siguiente, lo que podría ser peligroso en abortos tardíos, en que la hipercontractilidad puede llevar a la rotura uterina (30). Algunos servicios usan 400 mcg cada seis horas, sin aumento del riesgo

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES

Los efectos adversos en su mayoría no llegan a generar complicaciones médicas o quirúrgicas mayores, y en gran medida desaparecen en las primeras 24 horas posteriores a la administración del medicamento.

El sangrado vaginal y los cólicos son efectos que están presentes en la mayoría de los casos de aborto con misoprostol y es expresión de que el medicamento está produciendo contracciones uterinas efectivas tal como ocurre en el aborto espontáneo. Esto debe ser del conocimiento de la paciente para que no genere preocupación y ansiedad considerándolo una complicación. Se reporta que el dolor abdominal de tipo cólico está presente en el 85% de las pacientes. Se recomienda el uso de analgésicos no opiáceos, reservando los opiáceos si el dolor es de mayor intensidad. No hay inconveniente en usar antiinflamatorios no esteroidales para contrarrestar el dolor.

Otros efectos secundarios comunes, en orden de frecuencia son: náuseas, vómitos y diarreas. Estas manifestaciones gastrointestinales que se presentan en menos del 10% hasta algo más del 30% de los casos según los diversos autores, están más presentes cuando se utilizan dosis más altas, intervalos mas cortos entre dosis o la vía oral o sublingual. Por lo general, desaparecen después de algunas horas.

La complicación más frecuente es el sangrado excesivo. El sangrado transvaginal que ocurre durante un aborto inducido con misoprostol suele ser más intenso que el de la menstruación regular y en general no se diferencia del sangrado que ocurre en el caso de un aborto espontáneo. Se considera sangrado excesivo cuando la paciente refiere que se ha cambiado dos toallas sanitarias completamente saturadas de sangre en un tiempo menor de una hora y en un período de dos horas consecutivas. El sangrado prolongado o intenso ocurre en aproximadamente una de cada 100 mujeres.

PRECAUCIONES

A pesar de que el uso del misoprostol para la interrupción del embarazo se ha generalizado en una gran mayoría de los países del mundo, se habla poco de precauciones que el médico debe tomar para su utilización.

- En el primer trimestre del embarazo este tratamiento puede ser usado sin requerir la hospitalización de la mujer, ya que el sangrado que se produce es solo un poco mayor que el de una menstruación normal.
- En la interrupción del 2do trimestre, sea cual fuese la indicación, es imprescindible que la paciente permanezca en el hospital hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados por el mayor riesgo de complicaciones que pudieran presentarse durante el procedimiento.

Se ha relatado un mayor riesgo de malformaciones congénitas en recién nacidos de madres que recibieron misoprostol en el primer trimestre del embarazo Sin embargo, el riesgo absoluto de teratogenicidad por exposición al misoprostol es relativamente bajo, del orden de 10 por 1000 en los fetos expuestos. En los registros de población, la incidencia de alteraciones no parece ser alta, aún considerando que la exposición al misoprostol es relativamente frecuente en la población

NOTA: Este extracto del capítulo del Manual de FLASOG se incluye en los documentos para Cursos de Procreación Responsable del Colegio de Farmacéuticos de la Pcia. de Buenos Aires debido a preguntas e inquietudes de participantes de Cursos de los años 2006, 2007, 2008 y siguientes.