

Notas:

- Los estudios sobre el uso de misoprostol en casos de muerte fetal intrauterina a menudo incluyen una mezcla de fetos vivos y muertos y existen pocos datos específicos sobre fetos muertos. Los esquemas propuestos reflejan los datos disponibles y el consenso de expertos.
- El uso de una dosis de carga de misoprostol no produce beneficios clínicos aparentes.
- No se recomienda la administración vaginal del misoprostol cuando se encuentre sangre u otros fluidos en la vagina.
- Iniciar el misoprostol menos de 24 horas después de la toma de la mifepristona podría reducir el tiempo total transcurrido desde la administración de la mifepristona hasta la expulsión del feto aunque podría aumentar el intervalo entre la toma de la primera dosis de misoprostol y la expulsión fetal. Se puede elegir el intervalo entre la mifepristona y el misoprostol de acuerdo a la conveniencia y preferencia de la mujer, el proveedor y el sistema de salud. Se puede ofrecer la mifepristona a la mujer para que la tome en casa y puede regresar por el misoprostol al centro de salud.
- Se pueden iniciar los medicamentos para el dolor al mismo tiempo que el misoprostol. Específicamente, los ANES no contrarrestan el mecanismo de acción del misoprostol.
- La muerte fetal intrauterina en sí es un factor de riesgo para los trastornos de coagulación, en particular si la defunción del feto ocurrió con más de 2 semanas de anterioridad.

CITA SUGERIDA

Instrucciones de uso: Mifepristona y misoprostol o misoprostol solo para el tratamiento de la muerte fetal intrauterina de 12 - 24 semanas a partir de la FUM. Gynuity Health Projects. Febrero de 2014.

Para obtener mayor información, visite www.gynuity.org

El presente documento se revisará y actualizará periódicamente con información actual y los últimos hallazgos de investigación.

© 2014 Gynuity Health Projects.

Febrero de 2014



INSTRUCCIONES DE USO

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL O MISOPROSTOL SOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA DE 12 - 24 SEMANAS A PARTIR DE LA FUM

ANTECEDENTES

Frecuentemente, la mifepristona (una antiprogestina) y el misoprostol (una prostaglandina) se usan conjuntamente para inducir la expulsión del feto y la placenta en casos de muerte fetal intrauterina. La mifepristona induce el ablandamiento cervical y facilita las contracciones uterinas mientras que el misoprostol induce dichas contracciones. Ambos medicamentos se comercializan con diversas marcas comerciales y se pueden conseguir juntos o en presentación individual. Se utiliza misoprostol solo para inducir la expulsión del feto y la placenta en casos de muerte fetal intrauterina en lugares donde no se consigue la mifepristona.

USO E INDICACIONES

La información presentada a continuación aplica al uso de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo para inducir la expulsión del feto y la placenta con feto muerto* de 12 a 24 semanas calculadas a partir del primer día de la última menstruación (FUM). Con dichos medicamentos, casi todas las mujeres logran con éxito expulsar el embarazo. La mediana del tiempo requerido para la expulsión fetal con la mifepristona y el misoprostol resulta menor de 10 horas; con los esquemas de misoprostol solo se requiere más tiempo, la mediana del tiempo para la expulsión fetal es de 16 horas aproximadamente.

CONTRAINDICACIONES

Antecedentes de alergia a la mifepristona o al misoprostol.

* Para obtener información sobre el manejo de fetos vivos, favor de consultar las Instrucciones de uso: Mifepristona y misoprostol o misoprostol solo para la inducción del aborto en embarazos de 12 - 24 semanas a partir de la FUM.

PRECAUCIONES

- Haberse sometido con anterioridad a una cesárea y/o presentar un embarazo de edad gestacional avanzada no se consideran contraindicaciones para el uso de los medicamentos. A medida que avanza el embarazo, el útero se vuelve más sensible al misoprostol y por ello, en gestaciones de más de 24 semanas y mujeres que se han sometido a varias cirugías uterinas, se puede disminuir la dosis del misoprostol a 200 mcg. Rara vez ocurre una ruptura uterina.
- No existe evidencia de que los medicamentos empleados para inducir la expulsión del feto y la placenta resulten dañinos para los lactantes. Sin embargo, la mayoría de las medicinas que entran al torrente sanguíneo de la mujer llegan a la leche materna en cantidades muy pequeñas y por eso, algunas mujeres prefieren desechar la leche producida unas horas después de tomar las pastillas.
- Si se diagnostica placenta previa total, se recomienda considerar otros métodos de evacuación uterina.

EFFECTOS Y EFFECTOS SECUNDARIOS

A la mayoría de las mujeres les parecen manejables los efectos secundarios. Rara vez los efectos secundarios son severos.

SANGRADO

No es común que se experimente sangrado después de la administración de la mifepristona pero de presentarse, normalmente será un sangrado ligero.

Podría presentarse sangrado a los 30 minutos de la primera dosis de misoprostol o varias horas después y se puede experimentar sangrado intenso justo antes e inmediatamente después de la expulsión del feto.

Casi nunca se experimenta sangrado excesivo pero de ser así, lo más probable es que ocurra entre la expulsión del feto y la expulsión de la placenta. Aunque las emergencias por sangrado no suceden de manera tan común como con embarazos llevados a término, se deberían manejar igual que el sangrado excesivo en el postparto.

Se debería indicar a las mujeres que se comuniquen con sus proveedores en caso de: (1) empapar más de dos toallas sanitarias extra grandes por hora, durante más de dos horas consecutivas ó (2) sangrar continuamente por varias semanas y experimentar mareos o debilidad. Normalmente, el sangrado dura de 7 a 14 días después del procedimiento y se convierte en sangrado ligero que perdura hasta la siguiente menstruación. En general, la menstruación aparece entre 4 y 6 semanas después de la administración del misoprostol y podría ser precedida de ovulación fértil.

DOLOR

El dolor uterino y los cólicos son características típicas de la inducción con estos medicamentos. El dolor podría aparecer incluso a los 30 minutos de la primera dosis de misoprostol

o varias horas después; puede ser de moderado a severo y dependerá de la intensidad de las contracciones y la duración del proceso, mismo que tiende a prolongarse en etapas más avanzadas del embarazo. Se debería ofrecer a todas las mujeres algún tipo de alivio para el dolor, tal como antiinflamatorios no esteroideos (ANES), narcóticos y/o anestesia regional, y su administración se puede iniciar al mismo tiempo que el misoprostol. Quizás resulte apropiado usar una combinación de enfoques para garantizar la comodidad de la mujer. El dolor desaparecerá después de la expulsión del feto y la placenta.

ESCALOFRÍOS Y/O FIEBRE

Los escalofríos son un efecto secundario frecuente pero transitorio del misoprostol. La fiebre es menos común y por lo general también transitoria y no necesariamente indica que existe infección. La persistencia de fiebre o escalofríos durante más de 24 horas después de la última dosis de misoprostol podría indicar presencia de infección y por lo tanto se recomienda a la mujer que solicite atención médica. No se necesita el uso profiláctico rutinario de antibióticos.

NÁUSEA Y VÓMITO

Se pueden presentar náusea y vómito, mismos que desaparecerán dentro de las siguientes 2 a 6 horas de haberse administrado la última dosis de misoprostol. De ser necesario, se puede emplear un antiemético.

DIARREA

Después de la administración del misoprostol también se podría presentar diarrea pero sólo durante unas cuantas horas.

CONGESTIÓN MAMARIA

Después de la expulsión del feto en este rango de edad gestacional, podría presentarse congestión de las mamas con una duración que podría variar desde unos cuantos días hasta una semana. En esos casos, podría ayudar el uso de analgésicos, compresas de hielo y compresión de los pechos con un sostén ajustado, vendas o cualquier otra prenda.

DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

El esquema recomendado consiste en tomar mifepristona seguida a las 12 a 48 horas de misoprostol cada 3 horas, hasta que ocurra la expulsión. (Si no se dispone de mifepristona, se puede administrar el misoprostol cada 3 horas hasta ocurrida la expulsión.)

DOSIS DE MIFEPRISTONA: 200 mg por vía oral

DOSIS DE MISOPROSTOL: 400 mcg (dos tabletas de 200 mcg) por vía bucal (entre la mejilla y la encía), sublingual (debajo de la lengua) o vaginal

En el caso de la administración sublingual y bucal, debe mantener las pastillas en el lugar correspondiente por unos 30 minutos y luego tragar los fragmentos restantes.

**BIBLIOGRAFÍA DE
“MIFEPRISTONA Y
MISOPROSTOL O
MISOPROSTOL SOLO
PARA EL TRATAMIENTO
DE LA MUERTE FETAL
INTRAUTERINA DE
12 - 24 SEMANAS A
PARTIR DE LA FUM”**

Bracken H, Ngoc NTN, Banks E et al. Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: a double-blind randomized controlled trial. *Contraception* 2013; in press.

Chittacharoen A, Herabutya Y, Punyavachira P. A randomized trial of oral and vaginal misoprostol to manage delivery in cases of fetal death. *Obstet Gynecol* 2003;101(1):70-3.

Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Med* 1998;7(3):115-9.

Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol for induction of labour to terminate pregnancy in the second or third trimester for women with a fetal anomaly or after intrauterine fetal death (review). The Cochrane Collaboration. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2010. Chichester: Wiley.

Elhassan EM, Abubaker MS, Adam I. Sublingual compared with oral and vaginal misoprostol for termination of pregnancy with second-trimester fetal demis. *Int J Gynecol Obstet* 2008;100(1): 82-3.

Feldman DM, Borgida AF, Rodis JF, Leo MV, Campbell WA. A randomized comparison of two regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(3):710-3.

Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99(2):190-3.

Jain JK, Kuo J, Mishell DR Jr. A comparison of two dosing regimens of intravaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):571-5.

Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks) (review). The Cochrane Collaboration. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2009. Chichester: Wiley.

Niromanesh S, Hashemi-Fesharaki M, Mosavi-Jarrahi A. Second trimester abortion using intravaginal misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89(3):276-7.

Perritt JB, Burke A, Edelman AB. Interruption of nonviable pregnancies of 24-48 weeks' gestation using medical methods: release date June 2013 SFP guideline #20133. *Contraception* 2013;88(3):431-9.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. RCOG Green-top Guideline No. 55, 2010. London: RCOG Press; 2010.

Wagaarachchi PT, Ashok PW, Narvekar NN, Smith NC, Templeton A. Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. *Br J Obstet Gynaecol* 2002;109(4):443-7.

© 2014 Gynuity Health Projects.



Febrero de 2014