

Notas:

- 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 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.
- Si no se ha expulsado la placenta a los 30 minutos de la expulsión del feto, se puede ofrecer una dosis más de misoprostol. Si la expulsión de la placenta no ha concluido a las 3 horas de la administración de la dosis adicional, se podrán emplear intervenciones estándar de evacuación uterina. (Consultar Green 2007 para obtener mayor información sobre el manejo de la placenta.)
- 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.
- Para obtener mayor información sobre la interrupción de embarazos de más de 12 semanas desde la FUM, favor de consultar: OMS/Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2ª edición), 2012. Se puede acceder al documento en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1

CITA SUGERIDA

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. 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 LA INDUCCIÓN DEL ABORTO EN EMBARAZOS DE 12 - 24 SEMANAS A PARTIR DE LA FUM

ANTECEDENTES

Frecuentemente, la mifepristona (una antiprogestina) y el misoprostol (una prostaglandina) se usan conjuntamente para la interrupción del embarazo. 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 la interrupción del embarazo 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 en la interrupción de embarazos (con feto vivo*) 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 tener un aborto. 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 muertos, favor de consultar las Instrucciones de uso: Mifepristona y misoprostol o misoprostol solo para el tratamiento de muerte fetal intrauterina 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 en este tipo de aborto 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 EFECTOS 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 del aborto con 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 al concluir el proceso de aborto.

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 un aborto 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.

**LISTA DE REFERENCIA
PARA “MIFEPRISTONA
Y MISOPROSTOL O
MISOPROSTOL SOLO
PARA LA INDUCCIÓN DEL
ABORTO EN EMBARAZOS
DE 12 - 24 SEMANAS A
PARTIR DE LA FUM”**

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists:second-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 2013 (Practice Bulletin; no. 135);121(6):1394-406.

Brouns JFGM, van Wely M, Burger MPM, van Wijngaarden WJ. Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception* 2010;82:266-75.

Cabrera Y, Fernandez-Guisasola J, Lobo P, Gamir S, Alvarez J. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination: a meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;51:158-165.

Chaudhuri S, Banerjee PK, Mundle M, Mitra SN. A comparison of two regimens of misoprostol for second trimester medical termination of pregnancy: a randomized trial. *Trop Doct* 2010;40:144-8.

Ellis SC, Kapp N, Vragovoc O, Borgata L. Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception* 2010;81:441-5.

Goh SE, Thong KJ. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. *Contraception* 2006;73(5):516-9.

Green J, Borgatta L, Sia M, Kapp N, Saia K, Carr-Ellis S, et al. Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception* 2007;76(4):310-3.

Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:148-53.

Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Gomez Ponce de Leon R, Mittal S, Tang OS. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99:178-81.

Hou S, Chen Q, Zhang L, Fang A, Cheng L. Mifepristone combined with misoprostol versus intra-amniotic injection of ethacridine lactate for the termination of second trimester pregnancy: a prospective, open-label, randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151:149-53.

Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in second trimester medical abortion. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1304-10.

Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson KG. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update* 2007;13(1):37-52.

Mentula M, Suhonen S, Heikinheimo O. One- and two-day dosing intervals between mifepristone and misoprostol in second trimester medical termination of pregnancy—a randomized trial. *Hum Reprod* 2011;0(0):1-8.

Ngoc NTN, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NTB, Minh NTH, et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;118(3):601-8.

Pongsatha S, Tongsong T. Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *J Obstet Gynaecol Res* 2013;1-6.

Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2013;121(6):1335-47.

Society of Family Planning. Clinical guidelines: Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception* 2011;84:4-18.

Tanha FD, Gologachi T, Niroomand N. Sublingual versus vaginal misoprostol for second trimester termination: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:65-9.

Tripti N, Namrata S. Misoprostol vs. mifepristone and misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *J Obstet Gynecol India* 2011;61(6):659-62.

von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Huong NTM, Marions L, Okoiev G, et al. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: a randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod* 2008;1-7.

© 2014 Gynuity Health Projects.



Febrero de 2014