

DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

Los regímenes recomendados para la inducción de aborto en embarazos de hasta 63 días contados a partir de la FUM son: **3 dosis (de 800 mcg cada una), administradas en intervalos de 3 a 12 horas por vía vaginal, sublingual (debajo de la lengua) o bucal (entre las mejillas).**

Para las vías sublingual y bucal, las pastillas deberán mantenerse colocadas en la posición correspondiente durante 20-30 minutos y luego ingerir los fragmentos restantes no disueltos.

Notas:

- El misoprostol sublingual, administrado a intervalos más cortos es más efectivo, pero con mayores niveles de efectos secundarios.
- No se recomienda la vía oral (ingestión inmediata de las pastillas) para esta indicación. No es tan efectiva y provoca más efectos secundarios.
- Para mayor información sobre la interrupción de embarazos mayores a 63 días, favor de consultar: Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud (Segunda edición). 2012. OMS/Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Este documento puede ser accedido en la siguiente dirección: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/index.html

CITA SUGERIDA

Instrucciones para Emplear – Inducción de Aborto con Misoprostol Solo en Embarazos de Hasta 63 Días. Gynuity Health Projects, Octubre 2013.

Para mayor información, por favor consulte www.gynuity.org

© 2013 Gynuity Health Projects.

Octubre 2013



INSTRUCCIONES PARA EMPLEAR

INDUCCIÓN DE ABORTO CON MISOPROSTOL SOLO EN EMBARAZOS DE HASTA 63 DÍAS

ANTECEDENTES

El misoprostol es un análogo de las prostaglandinas, ampliamente conocido bajo diferentes nombres comerciales. Fue originalmente aprobado para la prevención de úlceras gástricas asociadas a la administración de antiinflamatorios no esteroideos (ANES). Debido a que el misoprostol también estimula las contracciones uterinas, algunas de sus formulaciones ya han sido aprobadas para indicaciones obstétricas y es empleado con frecuencia en la interrupción del embarazo.

INDICACIONES Y USO

La siguiente información es aplicable al uso del misoprostol para la interrupción de embarazos de hasta 9 semanas (63 días) contados a partir de la fecha de la última menstruación (FUM). Es importante saber la edad gestacional aproximada, para determinar si es apropiado el uso de este método. Las tasas de éxito del uso del misoprostol para esta indicación varían de un 75-90% dentro de las 2 semanas posteriores a su administración, sin necesidad de una intervención quirúrgica. En caso de ser necesario, los tratamientos adicionales para lograr el éxito incluyen el manejo expectante (excepto en casos de embarazo viable), más medicamento y/o aspiración uterina.

CONTRAINDICACIONES

- Sospecha de embarazo ectópico, ectópico confirmado o masa anexial no diagnosticada
- Antecedentes de alergia al misoprostol o a otras prostaglandinas

Si hay un dispositivo intrauterino (DIU) *in situ*, éste debe ser retirado antes de administrar el misoprostol.

PRECAUCIONES

- Se recomienda tener precaución cuando se administra misoprostol para inducir el aborto en embarazos mayores a 63 días por FUM. A medida que el embarazo avanza, el útero se hace más sensible al misoprostol, de manera que pudiera requerirse un ajuste en la dosis y el régimen. Al aumentar la edad gestacional, el tiempo requerido para la expulsión y la cantidad de pérdida de sangre también se incrementan.
- No existe evidencia científica de que el uso del misoprostol para el aborto con medicamentos sea peligroso para el lactante. Sin embargo, la mayoría de los medicamentos presentes en la sangre de la madre logran llegar a la leche materna en cantidades muy pequeñas y algunas mujeres prefieren desechar la leche materna producida unas cuantas horas posteriores a la administración del misoprostol.
- Algunos estudios han mostrado una relación entre los intentos fallidos de aborto con misoprostol y los defectos congénitos. El riesgo absoluto de teratogenicidad por exposición al misoprostol parece ser bajo, del orden de 1 a 2 por 100 en los fetos expuestos. No obstante, es recomendable completar la interrupción del embarazo si aún hay viabilidad después de una exposición al misoprostol.

EFFECTOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

La mayoría de los efectos secundarios son transitorios y generalmente no requieren un tratamiento especial. Los efectos secundarios serios o prolongados son relativamente raros.

SANGRADO

El sangrado, por lo regular, se inicia el primer día; generalmente, en las primeras horas posteriores a la administración del misoprostol. Es común presentar sangrados intensos con presencia de coágulos por varias horas. El sangrado típicamente dura de 7 a 14 días y es seguido de un ligero manchado que puede persistir hasta el siguiente período menstrual. El retorno de la menstruación tiene lugar 4 a 6 semanas después de la administración del misoprostol. El sangrado por sí solo no indica que el tratamiento haya sido exitoso.

Se debe instruir a la mujer para que consulte a su proveedor en las siguientes situaciones: (1) si empapa más de dos toallas higiénicas grandes por hora durante dos horas seguidas; (2) si experimenta sangrado extremadamente abundante dos o más semanas más tarde, o (3) si sangra persistentemente durante varias semanas y empieza a sentirse débil o mareada.

Se debe indicar a la mujer que deberá contactar a su proveedor para determinar si el embarazo es aún viable, cuando no presente sangrado o presente solamente un sangrado escaso durante 7 días después de administrado el misoprostol.

CÓLICOS

Un dolor tipo cólico generalmente se presenta el primer día y puede empezar a los 30 minutos de administrar el misoprostol. El dolor puede ser mucho más severo que el que se experimenta durante una menstruación. Pueden emplearse antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos similares para el control del dolor sin que se afecte el éxito del tratamiento.

ESCALOFRÍOS Y/O FIEBRE

El escalofrío es un efecto secundario frecuente, pero transitorio. La fiebre es menos común y no necesariamente indica que exista una infección. Si la fiebre o el escalofrío persisten durante más de 24 horas después de administrado el misoprostol, la mujer puede estar presentando una infección y por lo tanto debe solicitar atención médica.

NÁUSEA Y VÓMITO

Se pueden presentar náusea y vómito, los cuales desaparecen dentro de las siguientes 2 a 6 horas después de haberse administrado el misoprostol. Si fuera necesario, se puede emplear un antiemético.

DIARREA

Después de la administración de misoprostol también se puede presentar diarrea, que habitualmente desaparece el mismo día.

LISTA DE REFERENCIA PARA
"INSTRUCCIONES PARA EMPLEAR:
INDUCCIÓN DE ABORTO CON
MISOPROSTOL SOLO EN
EMBARAZOS DE HASTA
63 DÍAS"

Vauzelle C, Beghin D, Cournot MP, Elefant E. Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: prospective follow-up study. *Reprod Toxicol.* 2013 Apr; 36:98-103.

Blum J, Raghavan S, Dabash R, Ngoc NT, Chelli H, Hajri S, Conkling K, Winikoff B. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Aug; 118(2): 166-71.

Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov; (11):CD002855.

Ngoc NT, Blum J, Raghavan S, Nga NT, Dabash R, Diop A, Winikoff B. Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception.* 2011 May; 83(5):410-7.

Fekih M, Fathallah K, Ben Regaya L, Bouguizane S, Chaieb A, Bibi M, Khairi H. Sublingual misoprostol for first trimester termination of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 Apr; 109(1):67-70.

Chawdhary R, Rana A, Pradhan N. Mifepristone plus vaginal misoprostol vs vaginal misoprostol alone for medical abortion in gestation 63 days or less in Nepalese women: a quasi-randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 Feb; 35(1):78-85.

von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A. WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet.* 2007 Jun; 369(9577):1938-46.

Moreno-Ruiz NL, Borgatta L, Yanow S, Kapp N, Wiebe ER, Winikoff B. Alternatives to mifepristone for early medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Mar; 96(3):212-8.

Salakos N, Kountouris A, Botsis D, Rizos D, Gregoriou O, Detsis G, Creatsas G. First-trimester pregnancy termination with 800 mcg of vaginal misoprostol every 12 h. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2005 Dec; 10(4): 249-254.

Carbonell JL, Rodriguez J, Velazco A, Tanda R, Sanchez C, Barambio S, Chami S, Valero F, Mari J, de Vargas F, Salvador I. Oral and vaginal misoprostol 800 mcg every 8 h for early abortion. *Contraception.* 2003 Jun; 67(6):457-462.

Singh K, Fong YF, Dong F. A viable alternative to surgical vacuum aspiration: repeated doses of intravaginal misoprostol over 9 hours for medical termination of pregnancies up to eight weeks. *BJOG.* 2003 Feb; 110(2):175-80.

Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR Jr. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Hum Reprod.* 2002 Jun; 17(6):1477-82.

Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod.* 2002 Mar; 17(3):654-8.

© 2013 Gynuity Health Projects

Octubre 2013

