

Aborto Retenido: En los casos en que es claro el diagnóstico de aborto retenido y/o el cervix está firmemente cerrado, el régimen recomendado es una dosis única de **800 mcg de misoprostol por vía vaginal**.

Las tasas de éxito son mayores cuando se pospone el control (7 a 14 días) para permitir que tenga lugar el proceso de expulsión. La intervención quirúrgica no es recomendada antes de 7 días de iniciado el tratamiento, a menos que esté médicamente indicado.

Notas:

- También existe evidencia que indica que dosis repetidas pueden aumentar la eficacia.
- El misoprostol probablemente también es efectivo cuando se aplica entre la mejilla y las encías (bucalmente).

CITA SUGERIDA

Declaración de Consenso: Instrucciones para Empleo– Misoprostol para el Tratamiento del Aborto Incompleto y Espontáneo. Reunión de expertos sobre misoprostol apoyada por Reproductive Health Technologies Project y Gynuity Health Projects. Junio 9, 2004. New York, NY.

Una lista de referencias bibliográficas para apoyar este documento o para mayor información, puede encontrarse en www.gynuity.org o www.rhpt.org.

Este documento será revisado y actualizado periódicamente de acuerdo con la información disponible y las nuevas investigaciones.

© 2008 Gynuity Health Projects y Reproductive Health Technologies Project.



actualizado junio 2008

INSTRUCCIONES PARA EMPLEO

MISOPROSTOL PARA EL TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO Y DEL ABORTO ESPONTÁNEO

ANTECEDENTES

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 aprobado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas asociadas a la administración crónica de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (ANES). Como el misoprostol también induce contracciones uterinas, es utilizado comúnmente, sin indicación en la etiqueta, para el tratamiento de pérdidas en embarazos tempranos incluyendo abortos incompletos y retenidos. Los estudios han demostrado que el misoprostol es efectivo y seguro en estos casos. Esta información se presenta como guía para personal de salud entrenado.

INDICACIONES Y USO

El misoprostol está indicado para el tratamiento del aborto incompleto y espontáneo en mujeres que presentan un **tamaño uterino menor o igual a 12 semanas por fecha de la última menstruación (FUM)**.

El uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto tiene una tasa de éxito de 66 - 100% empleando las dosis recomendadas. Cuando se utiliza para el tratamiento del aborto retenido tiene una tasa de éxito de 60-93% usando la dosis recomendada.

CONTRAINDICACIONES

- Historia de alergia al misoprostol u otra prostaglandina
- Sospecha de embarazo ectópico

- Signos de infección pélvica y/o sepsis
- Síntomas de inestabilidad hemodinámica o shock

PRECAUCIONES

- A las mujeres que son elegibles para el tratamiento con misoprostol y tienen un DIU in situ, éste se les debe retirar antes de administrar el medicamento.
- Se recomienda tener cuidado al tratar mujeres con antecedentes de sangrados anormales, o que estén tomando anticoagulantes.
- El misoprostol se puede utilizar con precaución en pacientes con un tamaño uterino mayor de 12 semanas por FUM, pero con una edad gestacional confirmada igual o menor a 12 semanas (ej. aumento del tamaño uterino por miomas).
- Pequeñas cantidades de misoprostol o su metabolito activo pueden aparecer en la leche materna. No se conocen consecuencias, y no se han reportado efectos secundarios en infantes lactando.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Son poco frecuentes los efectos secundarios persistentes o severos.

SANGRADO

Después de aplicado el misoprostol, el sangrado normalmente dura hasta 2 semanas, con días adicionales de manchado, el cual puede durar hasta el siguiente periodo menstrual.

La mujer debe recibir instrucciones sobre la necesidad de contactar a su proveedor si algo de lo siguiente ocurre: (1) empapa más de dos toallas higiénicas extra grandes por hora durante más de dos horas consecutivas, (2) repentinamente presenta sangrado abundante, después de que éste ha disminuido o se ha detenido durante varios días luego de haber tomado el misoprostol, (3) ha sangrado continuamente por varias semanas y se comienza a sentir mareada.

CÓLICOS

Los cólicos usualmente empiezan dentro de las primeras horas y pueden incluso presentarse a los 30 minutos de haberse administrado el misoprostol. El dolor puede ser mayor que el que se experimenta durante un periodo menstrual normal. Se pueden emplear medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (ANES) u otros analgésicos para aliviar el dolor sin afectar el éxito del método.

FIEBRE Y/O ESCALOFRÍOS

Los escalofríos son un efecto secundario frecuente del misoprostol, pero son pasajeros. La fiebre es menos común y no necesariamente indica la presencia de una infección. Si se considera necesario se puede utilizar un antipirético para aliviar la fiebre. Si la fiebre o los escalofríos persisten por más de 24 horas después de haberse administrado el misoprostol, la mujer puede tener una infección y debe buscar atención médica.

NÁUSEA Y VÓMITO

Puede presentarse náusea y vómito, pero desaparecen de 2 a 6 horas después de haber tomado el misoprostol. Si se considera necesario, se puede utilizar un antiemético.

DIARREA

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

DOSIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Aborto Incompleto: El régimen recomendado para el tratamiento con misoprostol de un aborto incompleto es una dosis única de **600 mcg de misoprostol por vía oral O una dosis única de 400 mcg de misoprostol por vía sublingual (debajo de la lengua).**

**BIBLIOGRAFÍA PARA
“INSTRUCCIONES PARA EMPLEO:
MISOPROSTOL PARA EL
TRATAMIENTO DEL ABORTO
INCOMPLETO Y DEL
ABORTO ESPONTÁNEO”**

Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.

Bique C, M. Ustá, B. Debora, E. Chong, E. Westheimer and B. Winikoff. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-6.

Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103: 860-865.

Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995 Oct; 102(10):832-5.

Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999 Jun; 71(6):1054-9.

Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89: 768-772.

Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov; 114(11):1368-75.

Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001 Feb; 16(2):365-9.

Diop A, Raghavan S, Rakotovao JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *In Submission.*

Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidegaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; Aug 81 (8) 781-2.

Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: Non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993; 306: 894-5.

Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 56: 263-6.

de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995 Sep 9; 311(7006):662.

Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 Aug;187(2):321-5; discussion 325-6.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001 July;16(7):1493-6.

Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 72 (2005) 438-442.

Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004 Nov; 87 (2): 138-42.

Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001 Feb;108(2):213-4.

Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: A randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001 Nov;16(11): 2283-7.

Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, Mashaka N, Westheimer E, Clark W, Winikoff B. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov; 114(11): 1363-7.

Tang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.

Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005 Sep;106(3):540-7.

Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 99: 563-566.

Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353:761-9.