

MISOPROSTOL SOLO: REGÍMENES RECOMENDADOS 2017

< 13 semanas de gestación	13 a 26 semanas de gestación	>26 semanas de gestación ⁸	Uso posparto
<p>Interrupción del embarazo^{a,b,1} 800 µg VSI cada 3 horas o VV*/VB cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis)</p>	<p>Interrupción del embarazo^{1,5,6} 13 a 24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB cada 3 horas^{a,e} 25 a 26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas^f</p>	<p>Interrupción del embarazo^{1,5,9} 27 a 28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas^{f,g} >28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB cada 6 horas</p>	<p>Prevención de la hemorragia posparto (HPP)^{i,2,10} 600 µg VO (x1) o Prevención secundaria de la HPP^{i,11} (pérdida de sangre aprox. ≥ 350 ml) 800 µg VSI (x1)</p>
<p>Aborto diferido^{c,2} 800 µg VV* cada 3 horas (x2) o 600 µg VSI cada 3 horas (x2)</p>	<p>Muerte fetal^{f,g,1,5,6} 200 µg VV*/VSI /VB cada 4 a 6 horas</p>	<p>Muerte fetal^{2,9} 27 a 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas^f >28 semanas: 25 µg VV* cada 6 horas o 25 µg VO cada 2 horas^h</p>	<p>Tratamiento de la HPP^{k,2,10} 800 µg VSI (x1)</p>
<p>Aborto incompleto^{a,2,3,4} 600 µg VO (x1) o 400 µg VSI (x1) o 400–800 µg VV* (x1)</p>	<p>Aborto Inevitable^{g,2,3,5,6,7} 200 µg VV*/VSI /VB cada 6 horas</p>	<p>Inducción del parto^{h,2,9} 25 µg VV* cada 6 horas o 25 µg VO cada 2 horas</p>	
<p>Preparación cervical para aborto quirúrgico^d 400 µg VSI 1 hora antes del procedimiento o VV* 3 horas antes del procedimiento</p>	<p>Preparación cervical para aborto quirúrgico^a 13 a 19 semanas: 400 µg VV 3 a 4 horas antes del procedimiento >19 semanas: Es necesario se combine con otra modalidad terapéutica</p>		

Referencias

- a WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014
- b von Hertzen et al. Lancet, 2007; Sheldon et al. 2016 FIAPAC abstract
- c Gemzell-Danielsson et al. IJGO, 2007
- d Sääv et al. Human Reproduction, 2015; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010
- e Dabash et al. IJGO, 2015
- f Perritt et al. Contraception, 2013
- g Mark et al. IJGO, 2015
- h WHO recommendations for induction of labour, 2011
- i FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012
- j Raghavan et al. BJOG, 2015
- k FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012

Notas

- 1 Si dispone de mifepristona (preferible), siga el tratamiento prescrito para mifepristona + misoprostol
- 2 Incluido en la Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS
- 3 En caso de aborto incompleto/inevitable, la mujer debe recibir un tratamiento basado en su tamaño uterino y no en la edad gestacional determinada por la fecha de la última menstruación (FUM)
- 4 Espere 1 o 2 semanas a que surta efecto a menos que presente hemorragia excesiva o infección
- 5 En caso de que no se haya expulsado la placenta 30 minutos después de la expulsión del feto, se puede administrar otra dosis
- 6 Algunos estudios sugieren un máximo de 5 dosis y en la mayoría de los casos se completa la expulsión antes de las 5 dosis, pero otros estudios continúan con más dosis y alcanzan una tasa de éxito mayor sin ningún problema de seguridad
- 7 Incluyendo ruptura de membranas cuando el nacimiento está indicado
- 8 Seguir el protocolo local en caso de cesárea previa o cicatriz uterina transmural
- 9 Si solo se dispone de tabletas de 200 µg, se puede obtener una dosis menor mediante su disolución en agua (véase www.misoprostol.org)
- 10 Si no se dispone de oxitocina o las condiciones de almacenamiento no son adecuadas
- 11 Opción para programas comunitarios

Vía de administración

- VV:** vía vaginal
VSI: vía sublingual (debajo de la lengua)
VO: vía oral
VB: vía bucal (entre la mejilla y la encía)

* En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal

No se recomienda la vía rectal debido a que su perfil farmacocinético no está asociado con la mejor eficacia por esta vía.