

Guía Del Uso De Mifepristona.

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA HUCA

AUTORES

Dr Adánez, Dr Moreno, Dra Vázquez, Dr Vaquerizo, Dra Navarro, Dra Plaza, Dra Cima, Dra Escudero.

REVISORES

Prof. Ferrer

DIVULGACIÓN

Presentación en Sesión Clínica del Servicio el 31 de Octubre de 2014.

Expuesto en Secretaría de Obstetricia y Ginecología durante el mes de Diciembre.

Índice

• Alcance del protocolo.....	2
• Objetivos del protocolo.....	2
• Contenido:	
○ Manejo del aborto diferido en el primer trimestre.....	3
○ Terminación del embarazo en segundo trimestre.....	4
○ Terminación del embarazo en feto muerto.....	5
• Monitorización e indicadores de evaluación.....	5
• Difusión y revisión.....	5
• Bibliografía.....	5
• Tablas	6

Alcance

- ⊘ Gestaciones de evolución interrumpida espontáneamente en cualquier trimestre del embarazo.
- ⊘ Pacientes que solicitan interrupción del embarazo dentro de los supuestos que marca la ley orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo.

Objetivos

- ⊘ Reducción de los requerimientos de legrado uterino evacuador bajo anestesia y sus complicaciones.
- ⊘ Disminución del intervalo de tiempo desde inducción del aborto hasta su expulsión y de los requerimientos de misoprostol.
- ⊘ Disminución del riesgo de rotura uterina en pacientes con útero cicatricial.
- ⊘ Disminución del intervalo de tiempo desde el diagnóstico de feto muerto hasta su expulsión.
- ⊘ Reducción del índice de estancia ajustada por riesgo en los GRD 379 y 381.

Manejo médico del aborto diferido

Criterios diagnósticos de aborto diferido

Se recomienda utilizar uno de estos dos criterios obtenidos por ecografía vaginal.

- Ausencia de actividad cardíaca en un embrión con longitud cefalo-caudal (LCC) >5 mm (B) .
- Saco gestacional con un diámetro medio ≥ 20 mm sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior (B)¹ .

El diagnóstico ha de ser de certeza y ante la duda se debe demorar una semana² .

Información a la paciente del manejo médico vs quirúrgico.

El manejo médico evita el legrado y las posibles complicaciones anestésicas y quirúrgicas. Se indicará dilatación y legrado uterino previa maduración con misoprostol (400 mg 3 h antes) en circunstancias específicas¹: la paciente no desea esperar y desea cirugía (C), hemorragia intensa y persistente, inestabilidad hemodinámica, sospecha de corioamnionitis, sospecha de enfermedad trofoblástica o contraindicación para el manejo médico.

Régimen terapéutico .

La pauta más eficaz consiste en el uso secuencial ambulatorio de mifepristona 200 mg vía oral y 800 mcg de misoprostol vía vaginal a las 24 h¹ . Se puede añadir a las 48 h y 72 h. un segundo y tercer ciclo de 800 mcg de misoprostol.³

La tasa de éxito decrece según las semanas desde el 97% con < 7 semanas hasta el 85- 90% en la semana 12. Lo habitual es que la expulsión se produzca en los primeros días³.

La paciente elegirá entre la administración del misoprostol en área de Urgencias por el profesional, o bien, la autoadministración en domicilio. No se observan diferencias significativas entre ambas⁴.

Se debe solicitar analítica (Hb Hcto, Grupo y RH) (Grado de recomendación C). *La protección de la Gammaglobulina anti D dura 10 semanas.*

Se informará a la paciente que en caso de no expulsión, acudirá a urgencias en 14 días, donde se realizará una ecografía. Ante la persistencia de restos se le ofrecerá un nuevo ciclo de misoprostol con 800 mcg o un legrado uterino.

En caso de expulsión se realizará una ecografía a los 28 días. El fracaso del tratamiento médico (restos >15 mm) requerirá un legrado uterino. Este se puede sustituir por una aspiración en urgencias utilizando cánulas de 3-6 mm¹. (tabla 1).

Régimen terapéutico en el aborto tardío

El manejo será el mismo que la terminación en segundo trimestre.

Terminación del embarazo en segundo trimestre.

El uso secuencial de mifepristona y misoprostol constituye la pauta de elección^{5,6}.

a) Fase de **maduración**. En régimen ambulatorio salvo motivos sociales. El/la profesional administrará mifepristona 200 mg oral que tomará en su presencia, en el área de Urgencias. Ingresará al día siguiente a las 8.00 am para iniciar la fase de inducción.

b) Fase de **inducción**: se realizará en planta de Ginecología (preferentemente 2B). Se administrará misoprostol vía vaginal con 5 dosis de 400 mcg cada 3 horas salvo la primera que será de 800 mcg (800/400/400/400/400). La vía sublingual será la alternativa a la vía vaginal⁷. El intervalo de tiempo entre la mifepristona y el misoprostol puede ser menor de 12-24 horas sí la situación lo requiere⁸

c) **Fracaso** de tratamiento:

Se repetirá el ciclo combinando en fase de maduración mifepristona 200 vo. y sonda de Foley transcervical y en 24 horas un segundo ciclo de misoprostol (800/400/400/400/400) vaginal cada 3h.

Si fracasa se administrará carboprost (hemabate) intramniótica (10 a 14 ampollas) tras amniocentesis y evacuación de líquido amniótico.

Si este ciclo también fracasara se valorara maduración con administración de CIK intramiocárdico y/o manejo quirúrgico. (tabla 2).

Terminación del embarazo en segundo trimestre con riesgo elevado materno.

El manejo será hospitalario y de forma individualizada en función de los factores de riesgo asociados:

- Número de cesáreas anteriores.
- Tipo de cesárea clásica o en T.
- Miomectomía y grado de apertura de la cavidad uterina.
- Perforación uterina.
- Periodo intergenésico corto.
- Placenta oclusiva.

La pauta de maduración incluye la combinación de mifepristona 200 mg vo. y sonda de Foley transcervical. La fase de inducción incluye 5 dosis de misoprostol 400 mcg cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis (400/400/400/400/400).

Si fracasa se valorará la administración de CIK intracardiaca fetal en la fase de maduración, la inclusión de oxitocina en la inducción o el tratamiento quirúrgico. Tabla 3.

La administración de CIK intramiocardiaca puede acortar el intervalo de inducción, los requerimientos de misoprostol y puede ser de particular utilidad en gestaciones de edad gestacional avanzada con múltiples factores de riesgo y en placenta oclusiva⁹.

Feto muerto en tercer trimestre

El uso secuencial de mifepristona y misoprostol está recomendado como el régimen de primera línea para la inducción del feto muerto¹⁰.

Se administrará una dosis única de 200 mg de mifepristona al ingreso. Al día siguiente se iniciará la inducción con misoprostol. La dosis de misoprostol depende de la edad gestacional, el patrón contráctil, la situación del feto y las posibles contraindicaciones al uso de misoprostol (cicatriz previa). En estos casos se utilizará la pauta de maduración del servicio combinando dinoprostona, sonda cervical y oxitocina.

Las dosis de referencia para el misoprostol son: (24-28 semana): 200 mcg cada 4 horas. (28 s-42s) 50 mcg cada 4 h⁸.

Monitorización (Indicadores de Evaluación)

- ⊞ Evolución de la tasa de legrado evacuador en pacientes con manejo médico del aborto diferido.
- ⊞ Evolución de la ratio GRD 379/381 (Aborto sin legrado/aborto con legrado).
- ⊞ Evolución del intervalo del periodo de tiempo entre la inducción y la expulsión en segundo trimestre.⁷

Difusión y Revisión

- ⊞ Sesión Clínica general del servicio de Obstetricia y Ginecología.
- ⊞ Pagina web del HUCA (www.hca.es)

Bibliografía

- 1) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto espontáneo. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Protocolo actualizado en julio de 2010.
- 2) Hatel W, Case J, Campbell S. Establishing the death of an embryo by ultrasound: report of a public inquiry with recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1995; 5:353-7.
- 3) ACOG. Medical Management of Abortion. The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. *Obstet Gynecol* 106 (4), 2005 p 871.
- 4) Ngo T., Park M, Shakur H. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2011 May;89(5):360-70.
- 5) ACOG. Second trimester abortion. The American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. *Obstet Gynecol* VOL. 121, NO. 6, JUNE 2013 p.1394.
- 6) Wildschut H, BothMI, Medema S, Thomee E, WildhagenMF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1. Art. No.: CD005216. DOI: 10.1002/14651858.CD005216.pub2.
- 7) Dickinson Mifepristone and Oral, Vaginal, or Sublingual Misoprostol for Second-Trimester Abortion. A Randomized Controlled Trial. *VOL. 123, (6) 2014. p 1162.*
- 8) Shaw: Mifepristone–Misoprostol Dosing Interval and Effect on Induction Abortion Times. A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* VOL. 121, (6) 2013. p 1335.
- 9) Elimian A, Verma U, Tejani N Effect of causing fetal cardiac asystole on second-trimester abortion. *Obstet Gynecol.* 1999;94(1):139.
- 10) RCOG Guidelines nº 55. Late intrauterine fetal death and stillbirth. October 2010.

Tablas y anexos

TABLA 1: ABORTO PRIMER TRIMESTRE

Día	mifepristona	misoprostol	ecografía	Aspir/D&L
0	200 mg			
1		800 ug		
2		800 ug		
14 (ineficaz)		opcional	Si	opcional
28 (eficaz)			Si	si fracaso

TABLA 2: ABORTO SEGUNDO TRIMESTRE

Día	maduración	misoprostol	hemabate	Dilatación/ evacuación
0 (ambulatorio)	mifepristona 200			
1 (hospital)		800+400x4/3h		
2	mifepristona 200 + Foley			
3		800+400x4/3h		
4			10-14 amp. intramniótica	
5			(PGE2)	+

TABLA 3: ABORTO SEGUNDO TRIMESTRE CON RIESGO DE ROTURA UTERINA

Día	maduración	misoprostol	Dilatación/evacuación
0	mifepristona 200 + Foley		
1		400x5/3h	
2	mifepristona 200 + Foley + (CIK)		
3		800+400x4/3h	
4			+