

DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

El régimen recomendado para la prevención de la hemorragia postparto es una dosis única de **600 mcg de misoprostol por vía oral**, administrada durante la tercera etapa del trabajo de parto.

Notas:

En la actualidad, no existe evidencia suficiente para recomendar dosis menores de misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto en servicios de salud a nivel comunitario. A medida que exista una mayor evidencia sobre dosis menores (entre 200 y 400 mcg), estas instrucciones serán revisadas y actualizadas sugiriendo la dosis óptima para ser empleada.

CITA SUGERIDA

Instrucciones para Empleo: Misoprostol para la Prevención de la Hemorragia Postparto. Revisión de Expertos organizada por Gynuity Health Projects. Julio 2007.

Para mayor información, consultar www.gynuity.org

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

© 2007 Gynuity Health Projects.

Julio 2007

INSTRUCCIONES PARA EMPLEO



MISOPROSTOL PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

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 estimula las contracciones uterinas, es utilizado comúnmente, sin estar registrado su uso, para la prevención de la hemorragia postparto (HPP). Se ha comprobado que el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto es efectivo para la prevención de la HPP. El manejo activo consiste en la administración de uterotónicos profilácticos, tracción controlada del cordón y masaje uterino durante la tercera etapa. Estudios realizados, por otra parte, han confirmado que el misoprostol puede ser empleado en forma efectiva y segura para la prevención de la HPP donde no hay disponibilidad de uterotónicos inyectables. La siguiente información se presenta como guía para el personal de salud a nivel comunitario donde no hay fácil acceso a la oxitocina.

INDICACIONES Y USO

El misoprostol está indicado para la prevención de la hemorragia postparto después del parto vaginal normal.



La administración de misoprostol para la prevención de la HPP es efectiva para reducir el sangrado que se presenta después del parto vaginal. Al compararse con situaciones en que no se han empleado uterotónicos profilácticamente, el empleo de misoprostol reduce la pérdida de sangre después del parto. Según estudios, el misoprostol es menos efectivo que la oxitocina, pero es tan efectivo, o más efectivo, que la ergometrina oral.

CONTRAINDICACIONES

Historia de alergia al misoprostol u otra prostaglandina.

PRECAUCIONES

- Los proveedores deben confirmar que no existe un embarazo gemelar no diagnosticado antes de administrar el misoprostol. Si no existe certeza, o quien está atendiendo el parto no está en capacidad de tomar la decisión, es mejor administrar el misoprostol después de la expulsión de la placenta.
- Pequeñas cantidades de misoprostol o su metabolito activo pueden aparecer en la leche materna. No se ha establecido la existencia de efectos secundarios en el lactante (Derman et al 2006).

EFFECTOS SECUNDARIOS

Son poco frecuentes los efectos persistentes o severos.

ESCALOFRÍOS

Los escalofríos constituyen el efecto secundario más frecuente del misoprostol cuando se administra después del parto. Generalmente se presentan durante la primera hora de haberse administrado el misoprostol. Este efecto es transitorio y suele durar solamente 2-6 horas después del parto.

FIEBRE

La fiebre es un efecto menos común que los escalofríos y no necesariamente indica la presencia de una infección. La temperatura elevada del cuerpo generalmente está precedida por escalofríos, alcanza su nivel máximo 1-2 horas después de haberse administrado el misoprostol, y cede gradualmente al cabo de 2-8 horas. Se puede emplear un antipirético para el control de la fiebre, en caso de ser necesario. Si la fiebre o los escalofríos persisten por más de 24 horas, la mujer debe procurar atención médica para descartar una posible infección.

DIARREA, NAUSEA Y VÓMITO

Se puede presentar diarrea después de la administración de misoprostol, pero suele desaparecer el mismo día. También se pueden presentar náusea y vómito, pero desaparecen después de 2-6 horas de haberse administrado el misoprostol. Se puede emplear un antiemético, si se considera necesario.

CÓLICOS

Los cólicos o las contracciones uterinas dolorosas, que usualmente se presentan después del parto, pueden empezar dentro de las primeras horas e incluso a los 30 minutos de haberse administrado el misoprostol. Se pueden emplear medicamentos antiinflamatorios no esteroideos u otros analgésicos para aliviar el dolor sin afectar el éxito del método.

SANGRADO POSTPARTO

El sangrado excesivo antes o después de la expulsión de la placenta requiere la remisión inmediata para cuidados adicionales. No se debe administrar misoprostol adicional hasta después de 6 horas de la dosis inicial.



**BIBLIOGRAFÍA PARA
“INSTRUCCIONES PARA EMPLEO:
MISOPROSTOL PARA LA PREVENCIÓN
DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO”**

Amant F, Spitz B, Timmerman D, Corremans A, Van Assche FA. Misoprostol compared with methylergometrine for the prevention of PPH: A double-blind randomized trial. BJOG 1999; 106: 1066-70.

Caliskan E, Dilbaz B, Mutlu Meydanli M, Ozturk N, Narin MA, Haberal A. Oral misoprostol for the third stage of labor: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology 2003; 101: 921-28.

Chandhiok N, Dhillon BS, Datey S, Mathur A, Saxena NC. Oral misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage by paramedical workers in India. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 92: 170-75.

Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Geller SE, Naik VA, Bellad MB, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: A randomized controlled trial. The Lancet 2006; 368: 1248-53.

EI-Refaey H, O'Brien P, Morafa W, Walder J, Rodeck C. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum haemorrhage. BJOG 1997; 104: 336-39.

Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO multicentre randomized controlled trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. The Lancet 2001; 358: 689-95.

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, de Jager M, Gelbart BR. A randomized placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labor. BJOG 1998; 105: 971-75.

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, de Jager M, Drakely A. Side effects of oral misoprostol in the third stage of labour: A randomized, placebo controlled trial. South African Medical Journal 2001; 91: 432-5.

Hoj L, Cardoso P, Nielson BB, Hvidman L, Nielson J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: Randomized double blind clinical trial. British Medical Journal 2005; 331: 723.

Lagenbach C. Misoprostol in preventing postpartum hemorrhage: A meta-analysis. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 92: 10-18.

Lumbiganon P, Villar J, Piaggio G, Gulmezoglu AM, Adetoro L, Carroli G. Side effects of oral misoprostol during the first 24 hours after administration in the third stage of labor. BJOG 2002; 109: 1222-26.

Ng PS, Chan AS, Sin WK, Tang LC, Cheung KB, Yuen PM. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and i.m. syntometrine in the management of the third stage of labor. Human Reproduction 2001; 16: 31-35.

Oboro VO, Tabowei TO. A randomized controlled trial of misoprostol vs. oxytocin in the active management of the third stage of labor. BJOG 2002; 109: 1222-26.

Prata N, Hamza S, Gypson R, Nada K, Vahidnia F, Potts M. Misoprostol and active management of the third stage of labor. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 94: 149-55.

Surbek DV, Fehr PM, Hosli I, Holzgreve W. Oral misoprostol for third stage of labor: A randomized placebo-controlled trial. Obstetrics & Gynecology 1999; 94: 255-58.

Walraven G, Blum J, Dampha Y, Sowe M, Morison L, Winikoff B, Sloan N. Misoprostol in the management of the third stage of labour in the home delivery setting in rural Gambia: A randomized controlled trial. BJOG 2005; Sept(112): 1277-83.

WHO Recommendations on Prevention of Postpartum Hemorrhage. Geneva: WHO, 2007.

© 2007 Compiled by Gynuity Health Projects

Gynuity
HEALTH PROJECTS

July 2007