



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

NORMAS Y PROTOCOLOS CLÍNICOS SOBRE EL EMPLEO DEL MISOPROSTOL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Movilizados por el Derecho a la
Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico – Normativos
La Paz – Bolivia
2009

PUBLICACIÓN
142

R-BO
WQ400
M665n
No. 142

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad.
Normas y protocolos clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia. La Paz : impresiones TELLEZ 2009.

74p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 142)

- I. MISOPROSTROL
 - II. NORMAS TÉCNICAS
 - III. PROTOCOLOS CLÍNICOS
 - IV. GINECOLOGÍA
 - V. OBSTETRICIA
 - VI. BOLIVIA
1. t.
 2. Serie.

Normas y protocolos clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia.

Para mayor información: Unidad de Servicios de Salud y Calidad - Ministerio de Salud y Deportes, Calle Capitán Ravelo N° 2199. Telf 2441479 – La Paz - Bolivia.
Texto disponible en PDF: www.sns.gov.bo

DEPÓSITO LEGAL: 4-I-201-09 P.O.
ISBN: 978-99905-972-5-7

ELABORACIÓN

Dr. Renato Yucra - Responsable de Salud Materna MSyD
Dr. Edwin Trujillo - Consultor externo Ipas-Bolivia
Dr. Ricardo Rizzi - Consultor externo Ipas-Bolivia
Dra. Malena Morales - Asociada de Programas Ipas - Bolivia

REVISIÓN

Dra. Amanda Moreno - Presidenta de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia
Presidentes de las Sociedades Departamentales de Ginecología y Obstetricia de Bolivia (ver detalle en el anexo).
Dr. Rodolfo Gómez - Asesor Senior de Sistemas de Salud Ipas NC
Lic. Eliana Del Pozo - Directora Ipas Bolivia
Lic. Reynaldo Perez - Asociado de Programas Ipas-Bolivia

EDICIÓN

Marcos Paz Ballivián - Consultor Externo Ipas-Bolivia

La Paz, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Dirección General de Servicios de Salud – © Ministerio de Salud y Deportes 2009.

La publicación de este documento se realizó gracias al apoyo financiero de SAAF/IPPF (Safe Abortion Action Fund/Internacional Planned Parenthood Federation).

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza la reproducción de este material, de manera parcial o total, siempre y cuando se cite la fuente y la propiedad.

IMPRESO en Bolivia

Impresiones Tellez - Telf.: 2427370 - 71951389

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Jhonatan David Marquina Siles
VICEMINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Igor Pardo Zapata
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Jacqueline Reyes Maldonado
JEFE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

Contenido

- 7 Presentación
- 15 Introducción
- 19 Usos ginecológicos y obstétricos del misoprostol
- 27 Inducción de parto con feto vivo
- 35 Inducción de parto con feto muerto en el segundo y tercer trimestre
- 43 Aborto (primer y segundo trimestre)
- 51 Aborto incompleto
- 59 Maduración de cérvix antes del aborto quirúrgico
- 61 Huevo anembrionado y aborto diferido
- 67 Prevención y control de la hemorragia postparto
- 71 Anexo

Presentación

Entre las malas noticias que arrojan los indicadores de salud, llama la atención el lamento boliviano de ser uno de los países que presentan los índices de mortalidad materna más elevados del continente. Cada año, en nuestro país, más de 600 mujeres mueren por causas relacionadas al parto y sus complicaciones, es decir, un promedio cercano a dos por día. Triste realidad que está determinada por aspectos generales y particulares de diversa importancia y cuya atención se convierte en una prioridad esencial del accionar del Ministerio de Salud y Deportes y del Gobierno del Estado Plurinacional en su conjunto.

Es urgente tomar medidas en todos los ámbitos de acción posibles: derechos de la mujer, salud familiar comunitaria con interculturalidad, seguro universal de salud, calidad de la atención médica, erradicación de la extrema pobreza y muchas otras.

Vivimos tiempos de cambio y podemos afirmar que el país avanza con firmeza en la búsqueda de mejores días para la población, también en el campo de la salud

materna, y sabemos que entre los aspectos determinantes y condicionantes del alto índice de mortalidad en el embarazo y el parto, existen algunos que sólo pueden ser controlados con el desarrollo del conocimiento y la práctica clínica, basada en la evidencia y con el rigor que la ciencia exige. Por ello, mantenerse actualizados, incentivar la innovación científica, generar transformaciones en la práctica de los servicios médicos y facilitar el acceso al medicamento y a los más adelantados procesos tecnológicos –a los que nuestra población tiene el mismo derecho que cualquier otra– son obligaciones que se deben atender.

El aporte de la medicina basada en la evidencia para la atención de numerosas complicaciones del embarazo, que muchas veces derivan en la muerte precoz de las mujeres, es de vital importancia para la reducción de la mortalidad; entre sus recursos, el apropiado empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia, ya aprobado en el país, se constituye en un aliado efectivo, de bajo costo, reducido riesgo de complicación y fácil de ser empleado por los servicios de salud para su aplicación específica.

Al poner a disposición de los profesionales de la medicina estas normas y protocolos clínicos para el empleo adecuado del misoprostol en todos nuestros servicios de salud, esperamos generar una práctica médica que mejore la capacidad resolutive de la atención a la mujer gestante y que aporte a superar las restricciones geográficas, económicas y culturales que hacen que buena parte de la población no tenga acceso a los servicios de salud con la esperanza de que esa cifra de 234 de cada 100.000 mujeres embarazadas que mueren antes de llegar al proceso de parto o durante el mismo se reduzca, al menos en algo. Gracias a todos los que lo hicieron posible.

Dr. Ramiro Tapia Sainz
Ministro de Salud y Deportes



COPIA LEGALIZADA Resolución Ministerial

07 ABR. 2009



VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado en su Art. 18 establece que "todas las personas tienen derecho a la salud". Así también en el Art. 35 establece "El Estado, en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas, orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud";

Que, a través de la promulgación de Ley N° 1737 de fecha 26 de diciembre de 1996 "Ley del medicamento" se establece la Política Nacional del Medicamento del Estado Boliviano, que en su inciso, e) dispone establecer como objetivo principal mecanismos normativos descentralizados para el control de la adquisición, suministro, dispensación de medicamentos y de precios de origen para medicamentos importados;

Que, la Ley 1737 Ley del Medicamento a través del Sistema de Vigilancia y Control con Resolución Ministerial N° 0250 de 14 de mayo de 2003, tiene como objetivos "Desarrollar programas de vigilancia sanitaria del medicamento desde su desarrollo, fabricación, distribución, almacenamiento, prescripción y dispensación, comercialización y consumo". Así también, "Promover la aplicación de las buenas practicas de prescripción de dispensación" y "Promover el uso racional del medicamento a través de medidas reguladoras, educativas e informativas, enfatizando en la prescripción y dispensación";

Que, de conformidad al Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009 es atribución del Ministerio de Salud y Deportes dictar normas relativas al ámbito de su competencia y resolver en última instancia todo asunto administrativo que corresponda al Ministerio;

POR TANTO;

El Señor Ministro de Salud y Deportes, en uso de sus facultades que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Todo producto farmacéutico que contenga MISOPROSTOL debe ser prescrito (recetado) obligatoriamente por profesionales médicos debidamente matriculados en el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTICULO SEGUNDO: La Dispensación y venta de todo producto farmacéutico que contenga MISOPROSTOL solo se efectuara bajo prescripción medica y estará a cargo exclusivo de los establecimientos farmacéuticos (farmacias privadas, institucionales y populares) bajo la responsabilidad y presencia de los regentes farmacéuticos.

ARTICULO TERCERO: Se establece la vigilancia obligatoria del MISOPROSTOL con el fin de evitar la inducción de uso con indicaciones no autorizadas y prevenir los efectos colaterales y las reacciones adversas no deseadas producidas por el producto.

ARTICULO CUARTO: Quedan encargadas del cumplimiento, ejecución de la presente Resolución, el Ministerio de Salud y Deportes a través de la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud y los Servicios Departamentales de Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dr. José Alberto Mendoza C.
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Thomston D. Marquina Salas
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCION
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Ramiro Tapia Bohs
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Roberto Enriquez Castellón
Bajo Asesoría y Representación
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES





COPIA LEGALIZADA

Resolución Ministerial

08 JUN. 2009



VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo V del Artículo 45 de la Constitución Política del Estado establece que las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal;

Que, mediante la ley N° 3250 de 06 de diciembre de 2005, se amplían las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), cuyos paquetes de prestaciones, enmarcadas en las políticas de salud vigentes, apoyan a brindar servicios que contribuyen a disminuir la Morbi-Mortalidad Materna y cumplir los Objetivos del Milenio suscritos por el Estado Boliviano;

Que, el artículo 90.- del Decreto Supremo N° 29894, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece, entre otras, las siguientes atribuciones específicas otorgadas al Ministro de Salud y Deportes: inciso b) Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud; inciso c); vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública e inciso d); Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

Que, el Informe Técnico CITE: MSD-DGS/319/V/2009 de la Dirección General de Servicios de Salud, en conclusiones refiere que es necesaria la emisión de una Resolución Ministerial de aprobación de las Normas y Protocolos de Usos Gineco-Obstétricos del Misoprostol y su inclusión en la lista de insumos básicos de medicamentos para que las mujeres cuenten con un medicamento gratuito en atención del embarazo y parto a través del SUMI;

Que, el Informe Legal N° DGAJ/UAJ/251/09 de 21 de mayo de 2009, concluye que en cumplimiento del Parágrafo V del Artículo 45.- de la Constitución Política del Estado, Ley N° 2426 de creación del SUMI y artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894, se recomienda la aprobación de las Normas y Protocolos de Usos Gineco-Obstétrico del Misoprostol y su inclusión en la lista de insumos básicos de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil -SUMI.

POR TANTO:

El Señor Ministro de Salud y Deportes, en uso de las atribuciones conferidas por el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar los "Protocolos y Procedimientos Técnicos para los Usos del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia", documentos que en anexo, forman parte integrante e indivisible de la presente Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: Aprobar la inclusión del Misoprostol, dentro de la lista de insumos básicos del Seguro Universal Materno Infantil, para todos los usos Gineco-obstétricos, de conformidad a los Protocolos y Procedimientos aprobados.

Las Direcciones Generales de Servicios de Salud y Seguros de Salud, quedan encargadas del cumplimiento de la presente Resolución,

Regístrese, comuníquese y archívese.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Firma]
Dra. Patricia Rodríguez Calderón
Asesoría Técnica y Asesoría Jurídica
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



[Firma]
Dr. Fernando Villarroel Espinola
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

[Firma]
Dr. Víctor Barralón
VICEMINISTRO DE DEPORTES
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

[Firma]
Dr. Fernando Espinoza Ceiza
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Introducción

La forma más directa de luchar contra la discriminación de la mujer es brindarle servicios orientados a conservar y recuperar su salud, que incluyan la salud sexual y reproductiva, en oportunidad y condiciones médicas, socioeconómicas, psicológicas y culturales de calidad del más alto nivel posible.

El derecho a gozar los beneficios del progreso científico incluye el derecho de las mujeres embarazadas a acceder a los servicios avanzados de calidad y a la información completa y médicamente correcta, para tomar decisiones informadas con relación a la maternidad, al aborto permitido por ley y a la atención médica que mejor corresponda a su situación.

En todos esos ámbitos, el país ha avanzado significativamente. Sin embargo, los esfuerzos son siempre insuficientes y parciales. No ocurren simultáneamente ni lo hacen sobre las mismas poblaciones de riesgo, de manera que los impactos continúan

siendo limitados. Uno de los elementos de mayor importancia es el aporte de la medicina basada en la evidencia, por su factibilidad incluso en las condiciones más adversas.

- 16 Entre estos dispositivos médicos, efectivos, baratos y simples, fáciles de poner a disposición de las mujeres con requerimientos específicos en gran parte de sus complicaciones en el embarazo y en la seguridad del parto, aún cuando existan dificultades resolutivas en las instalaciones más próximas, es el uso ya aprobado en el país del misoprostol. Su efectividad para provocar contracciones, su bajo costo, su condición termoestable y sus bajos riesgos, hacen de este medicamento un medio ampliamente recomendable para los servicios de salud.

El presente compilado de normas y procedimientos para el uso apropiado del misoprostol, en todos los niveles de atención del Sistema Público de Salud, responde a la necesidad de contar con un instrumento ágil de consulta inmediata por parte del personal de salud, en la mayor parte de los casos que pueden presentarse en el curso del embarazo y el

parto con complicaciones, incluyendo el aborto. Se han seleccionado las circunstancias más comunes y de mayor importancia en la salud de la mujer embarazada, precisando procedimientos, dosis, precauciones y relaciones con las usuarias que mejor se adaptan a las mismas, para un desempeño eficiente y comprometido con la responsabilidad de reducir la mortalidad materna.

De la amplia y profusa documentación existente, se han tomado las referencias más actuales de la Federación Latino Americana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y algunos estudios actuales de amplia difusión. Estas normas han sido revisadas detenidamente por miembros de la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia, a quienes deseamos agradecer ampliamente por sus aportes y motivarlos a que sigan contribuyendo en esta noble causa.

Especial reconocimiento merece Ipas – Bolivia y su personal profesional, por su permanente asistencia técnica a nuestros propósitos de mejorar la salud sexual y reproductiva de la población boliviana.

Usos ginecológicos y obstétricos del misoprostol

Existe un sin número de ensayos clínicos, y medicina basada en la evidencia en los que el misoprostol ha sido utilizado para diferentes indicaciones gineco-obstétricas como la inducción del parto con feto vivo, inducción del parto con feto muerto, hemorragia post parto, aborto, aborto incompleto, aborto diferido, huevo anembrionado y maduración cervical.

El bajo costo del misoprostol, su estabilidad a la temperatura ambiental, sus menores riesgos de complicaciones y su evidente capacidad de provocar contracciones uterinas, ha hecho que los proveedores de salud alrededor del mundo y en Latinoamérica hayan utilizado el medicamento en las indicaciones anteriormente señaladas.

Farmacocinética y farmacodinamia

Las prostaglandinas, entre ellas el misoprostol, se hallan presentes en casi todas las células del organismo. Son ácidos grasos monocarboxílicos insaturados de 20 carbonos, derivan del ácido araquidóni-

co y están formados por dos cadenas y un anillo de cinco carbonos.

Las prostaglandinas se diferencian solamente por pequeños cambios en la metilación u oxidación de sus cadenas carbonadas. La designación de PGE1, PGE2 y PGE3, se refiere únicamente a la presencia de mayor o menor número de enlaces dobles en la cadena lateral alifática. El misoprostol, un análogo sintético de la PGE1, está constituido por partes equivalentes de dos isómeros en equilibrio.

Vías de administración

Diversos estudios sobre regímenes de misoprostol han utilizado diferentes vías de administración como la oral, sublingüal, bucal, vaginal y rectal¹ (16-22). Las vías mas estudiadas son la oral, vaginal y sublingüal.

-
- 1 Agüero O. **Uso de misoprostol en obstetricia.** Rev Obstet Ginecol Venez. 1996; 56:67-74.
 - 2 O'Brien P, El-Rafey H, Gordon A, Geary M, Rodeck CH. **Rectally administred misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage unresponsive to oxytocin and ergometrine a descriptive study.** Obstet Gynecol. 1998;92:212-214.

Vía oral

Absorción

- Su absorción es rápida y eficiente (88%).
- Puede ser disminuida por comidas y antiácidos.

Metabolismo

- El medicamento presenta un extenso metabolismo cuyo primer paso es el hepático.
- La eliminación se realiza por vía renal, en un 74% y 15% por heces fecales.
- Existe pasaje a leche materna, por lo que se debe postergar la lactancia hasta 6 hrs. de la administración del medicamento.

Concentración plasmática

- Su máxima concentración se da entre 12 y 60 minutos desde la ingesta.
- La mínima concentración está presente a los 120 minutos de la ingesta.
- La vida media de su principal metabolito el ácido misoprostico es a los 20 a 40 minutos.

Efecto clínico

- El tono uterino inicia su elevación a los 8 minutos aproximadamente y su máximo en alrededor de los 26 minutos.

Vía vaginal**Absorción:**

- Su biodisponibilidad es 3 veces mayor a la vía oral.
- Su absorción es facilitada cuando la tableta se humedece con agua.

Concentración plasmática

- La máxima concentración se presenta entre los 60 y 120 minutos desde la aplicación.
- La mínima concentración se produce hasta 6 horas desde la aplicación.

Efecto clínico:

- El tono uterino comienza a los 21 minutos aproximadamente, presentándose el máximo efecto a los 46 minutos.

- El efecto local se produce por la liberación de óxido nítrico (solo en mujeres embarazadas) que potencia el efecto de las prostaglandinas.

Vía sub lingüal

Absorción

- Es más rápida logrando incremento del tono uterino a los 10 minutos de la administración.

Concentraciones plasmáticas

- Presenta una similar curva farmacocinética, pero más elevada que la vía oral.

Efecto clínico

- Se observa un aumento del tono uterino a los 10 minutos aproximadamente.

Vía rectal

Absorción

- El medicamento es efectivamente absorbido por vía rectal.
- Presenta un comportamiento en la curva farmacocinética similar a la vía vaginal.

Concentración plasmática

- Desde su aplicación, la máxima concentración se presenta alrededor de los 40 minutos.
- La mínima concentración posterior a su aplicación se presenta a las 4 horas.
- Esta vía está siendo estudiada todavía para investigar su aceptabilidad entre las mujeres.

Vía bucal

Absorción

- El medicamento, para su absorción, se coloca entre la encía y la mejilla.

Concentraciones plasmáticas

- Presenta menores concentraciones plasmáticas que la vía sublingüal.
- Muestra niveles plasmáticos más prolongados que los obtenidos con la vía oral.
- Esta vía está siendo estudiada todavía.

La vía a utilizar debe ser valorada de acuerdo a la aceptación de la mujer y la indicación. Las mujeres muchas veces prefieren la vía oral antes que la vaginal.

Cuando se desean tener niveles séricos más elevados y en cortos períodos de tiempo, la vía oral y sublingüal son muy útiles en indicaciones como la hemorragia postparto, inducción del aborto, aborto incompleto y preparación del cervix. La vía sublingüal, en caso de inducción de parto, debe ser empleada con precaución, debido a la mayor probabilidad de producir taquisistolia; sin embargo, esta vía permite contracciones más regulares que la vía oral. Por lo tanto, la vía a ser empleada debe ser evaluada considerando la indicación médica y necesidades de la mujer.

Inducción de parto con feto vivo

Nivel de resolución

Primer, segundo y tercer nivel de atención.

27

Definición

Se utiliza el término “inducción del trabajo de parto” para designar todos los procedimientos utilizados, en medicina, para provocar las contracciones uterinas y el parto, en una embarazada con más de 22 semanas de gestación. El objetivo es resolver un embarazo cuando los beneficios de tener a un recién nacido fuera del útero son mayores que la continuación del embarazo.

Indicaciones

En términos generales, las indicaciones para inducir un trabajo de parto con misoprostol son semejantes a las que existen para otros métodos de inducción. Sin embargo, el misoprostol es particularmente útil cuando el cuello uterino está inmaduro.

Está indicado en:

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Preeclampsia y eclampsia.
- Rotura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
- Embarazo postmaduro o postérmino.
- Condiciones médicas maternas (diabetes mellitus, hipertensión crónica y enfermedad pulmonar o renal crónica).

Contraindicaciones

Absolutas:

- Desproporción céfalo pélvica.
- Situación transversa.
- Prolapso de cordón.
- Placenta previa central total.
- Vasa previa
- Cirugía previa de fondo uterino.
- Cesárea previa.
- Embarazo gemelar con primer feto en transversa.

Relativas:

- Embarazo gemelar con fetos en cefálica
- Polihidramnios.
- Presentación podálica
- Hipertensión severa
- Enfermedad cardiaca de la madre.

Evaluación clínica

- Examen físico general y ginecológico para precisar la edad gestacional.
- Determinación de la presentación del feto.
- Determinación de la viabilidad del canal del parto.
- Evaluar y monitorear el bienestar fetal.

Laboratorio

- Grupo sanguíneo y factor Rh. En casos en que la mujer embarazada sea Rh negativa, no sensibilizada, aplicar una dosis de suero anti D previo al tratamiento.
- Hemoglobina y hematocrito para prever una transfusión sanguínea segura.

Donde sea posible:

- Identificación y diagnóstico de ITS/VIH/SIDA.
- Serología para estreptococo beta hemolítico.

Procedimientos de gabinete

- Ecografía abdominal para confirmar la edad gestacional.
- Ecografía abdominal o vaginal para determinar la implantación placentaria y el polihidramnios.
- Monitoreo fetal.

Dosis y vías de administración

- Misoprostol vaginal 25 mcg. Repetir la dosis a las 6 horas de no existir respuesta.
- Misoprostol oral 50 mcg. Repetir la dosis a las 6 horas de no existir respuesta.
- Misoprostol sublingüal 25 mcg. Repetir la dosis a las 6 horas de no existir respuesta.
- Si la mujer embarazada no ha entrado en trabajo de parto, descansar durante la noche y reevaluar en la mañana siguiente.
- Repetir la inducción con el mismo esquema durante un segundo día, si las condiciones

clínicas y psicológicas de la paciente lo permiten.

En caso específico de rotura de membranas, cuando es recomendable evitar la manipulación vaginal, debe optarse por la vía oral o sublingüal, en las siguientes dosis:

- Misoprostol vía oral 50 mcg. Repetir la dosis en 4 horas de no existir respuesta.
- Misoprostol vía sublingüal 25 mcg. Repetir la dosis en 6 horas de no existir respuesta.

Tiempo hasta conseguir el efecto

Lo más frecuente es que después de la primera dosis se tenga un trabajo de parto activo en un lapso promedio de 10 horas. El tiempo hasta la resolución del parto puede variar con promedios entre 13 y 20 horas, tomando en cuenta las dosis e intervalos recomendados.

La rapidez en la resolución del parto depende de la paridad y de las condiciones del cuello uterino. Este tiempo es más prolongado en mujeres embarazadas nulíparas o con cuello inmaduro.

Efectos secundarios

Náuseas, vómitos, diarrea, fiebre y escalofríos.

Complicaciones

32 *Algunas de las complicaciones más frecuentes son las siguientes formas de hipercontractibilidad uterina:*

- Taquisistolia, definida como la presencia de al menos 6 contracciones en 10 minutos, en 2 periodos sucesivos de 10 minutos.
- Hipertonía, definida como una contracción de 2 o más minutos de duración.
- Síndrome de hiperestimulación, que es definido como taquisistolia, con la presencia de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal.

En caso de tratarse de una hiperestimulación uterina, se puede manejar el caso con tocolisis, de acuerdo a las normas.

Admisión

- La mujer embarazada debe ser internada en el hospital desde el inicio de la inducción del parto.
- Monitorear la frecuencia e intensidad de las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal, esta monitorización puede ser clínica, en aquellos casos en que no se disponga de monitorización electrónica.
- La frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, así como las funciones vitales de la gestante, deben ser monitoreadas en los 30 minutos a 2 horas siguientes a la administración de misoprostol y cada 30 minutos desde el inicio de las contracciones uterinas.
- Disponer de personal adecuado y de tocolíticos, para el tratamiento de taquisistolia o hipertonía.
- Disponer de un quirófano para efectuar una cesárea de urgencia, en caso de que la mujer embarazada presente alguna de las complicaciones descritas y que no respondan al tratamiento médico.

- No administrar una nueva dosis de misoprostol si hay actividad uterina igual o mayor a dos contracciones en 10 minutos.
- El misoprostol no debe usarse para aceleración del parto. En ese caso debe utilizarse ocitocina.
- No administrar ocitocina antes de las 6 horas después de ser administrada la última dosis de misoprostol.

Criterios de referencia

- Presencia de alguna complicación descrita, que no responda al tratamiento médico.
- Sufrimiento fetal.
- Inminencia de rotura uterina.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Rotura uterina.
- Embolia de líquido amniótico.

Criterios de alta

De acuerdo a protocolo “Atención del parto y recién nacido en establecimientos de salud”.

Inducción de parto con feto muerto en el segundo y tercer trimestre

Nivel de resolución

Segundo y tercer nivel de atención.

Definición

Muerte fetal intrauterina es aquella que se produce después de las 13 semanas de gestación. Ocurre aproximadamente en 6 casos por cada 1000 nacidos vivos.

Indicaciones

El misoprostol está indicado en todos los casos de muerte fetal y feto retenido, siempre que no haya ninguna contraindicación de parto vaginal o de uso de misoprostol.

Es particularmente útil en el segundo trimestre del embarazo, cuando la evacuación del útero ofrece más problemas, por la baja sensibilidad del miometrio a la ocitocina, la dificultad técnica y el alto riesgo con el uso de métodos quirúrgicos.

Contraindicaciones

Son contraindicaciones al empleo de misoprostol:

- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatías o tratamiento actual con anti-coagulantes.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Disfunciones hepáticas severas

Contraindicaciones para inducir el parto son:

- Desproporción céfalo pélvica.
- Placenta previa central, total o parcial.
- Presentación anormal.
- Carcinoma cérvico uterino.

Contraindicaciones para el uso de misoprostol, en el segundo o tercer trimestre, son las siguientes:

- Cicatriz uterina previa
- Cesárea previa
- En los dos casos anteriores se puede emplear misoprostol con precaución. Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis establecida.
- Enfermedad vascular cerebral.

Condiciones necesarias para la inducción del parto

- Confirmar la muerte fetal.
- Recuento inicial de plaquetas.
- Pesquisa clínica de la coagulación intravascular diseminada (CID).
- Explicar el problema a la mujer embarazada y a su familia, valorando su decisión.
- Evaluar las características del cuello del útero.

Evaluación clínica

- Examen físico general y ginecológico, para precisar la edad gestacional.
- Desaparición de los síntomas simpáticos del embarazo (náuseas, vómitos).
- Falta de latido fetal o movimientos fetales.

Laboratorio

- Grupo sanguíneo y factor Rh. hemoglobina y hematocrito para prever una transfusión sanguínea segura.
- Identificación y diagnóstico de ITS/ VIH/SIDA.

- Tiempo de coagulación y sangría, tiempo de pro-trombina.
- Conteo de plaquetas.

Procedimientos de gabinete

- Ecografía abdominal para confirmar la edad gestacional y muerte del feto.
- Falta de latidos fetales.
- Aparición de sangre en el líquido amniótico.
- Deformidad de los huesos de la cabeza.

Dosis y vías de administración

La forma de aplicación más recomendada, en estos casos, es la vía vaginal. Es fundamental recordar que la sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad del embarazo y, por lo tanto, la dosis debe ser menor cuanto más avanzado se encuentre el embarazo.

Dosis para el segundo trimestre del embarazo

Comenzar con dosis de:

- Misoprostol vaginal, 200 mcg si el óbito fetal ocurrió cuando el embarazo estaba entre las 13 y 17 semanas.

- Misoprostol vaginal, 100 mcg si el óbito fetal ocurrió cuando el embarazo estaba entre las 18 y 26 semanas.
- Repetir la dosis cada 12 horas hasta completar 4 dosis.
- No usar una nueva dosis de misoprostol si se inició la actividad contráctil uterina, aunque ésta sea leve.

Dosis para madurar el cuello uterino en el tercer trimestre del embarazo

Asumir la siguiente conducta para madurar el cuello e iniciar una labor de parto con feto muerto:

- Si el cuello no está maduro colocar misoprostol vaginal 25 mcg, en el fondo de la vagina. Repita la dosis cada 6 horas.
- Si no hay respuesta después de dos dosis aumentar a 50 mcg por vez. No exceda 4 dosis diarias (200 mcg).
- No use más de 50 mcg por vez y no exceder de 4 dosis diarias.
- No administrar una nueva dosis si ya hay actividad uterina.

- No usar ocitocina dentro las 6 horas siguientes al uso de misoprostol.
- No emplear misoprostol para la aceleración del parto.

Cuando se emplea el misoprostol, por vía vaginal, se recomienda humedecer las tabletas con 1 cc de agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la concentración sanguínea de la misma.

Tiempo hasta conseguir el efecto

En la mayor parte de los casos, la expulsión del feto ocurre dentro de las primeras 24 horas; pero puede demorar 48 y hasta 72 horas.

Si en el primer intento no ha ocurrido el parto, se puede repetir el mismo procedimiento, 24 a 48 horas después. En estos casos se recomienda un nuevo recuento plaquetario y coagulograma, antes del segundo intento.

Efectos secundarios y complicaciones

- Hipercontractibilidad
- Escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos y diarrea. Son leves y no requieren de tratamiento adicional.
- Rotura uterina.

En caso de tratarse de una hiperestimulación uterina, se puede manejar el caso con tocolisis, de acuerdo a las normas.

Admisión

- Las mujeres embarazadas deben tener acceso a servicios de emergencia y recibir un seguimiento minucioso mientras se les administra misoprostol.
- La mujer embarazada debe ser internada y monitorizada.
- Debe existir una estrecha vigilancia médica de la mujer embarazada.

Criterios de referencia

- Anemia aguda post sangrado.

- Hemorragia genital persistente y en cantidad elevada.
- Embolia de líquido amniótico.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Falla de procedimiento.

Criterios de alta

Después de la evacuación uterina y cuando se compruebe la ausencia o escasa cantidad (manchado) de sangrado genital. Generalmente después de 24 horas después de evacuado el útero.

Promoción de la salud

- Explicar claramente a la mujer embarazada y a su familia, las causas, el procedimiento a realizar y los riesgos.
- Informar la necesidad de control a los 7 y 14 días después del procedimiento.
- Informar a la mujer embarazada sobre los beneficios de la anticoncepción, higiene personal y aspectos nutricionales.
- Ofrecer anticoncepción inmediata.

Aborto (primer y segundo trimestre)

Nivel de resolución

Primer nivel de atención si el aborto sucede en el primer trimestre del embarazo y segundo y tercer nivel de atención si sucede en el primer o segundo trimestre.

Definición

La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en el endometrio, antes de que el feto haya alcanzado viabilidad (antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal de 500 gr. y una longitud céfalo nalgas de 25 cm.).

Atención

Las intervenciones que permiten una atención calificada, otorgadas por un proveedor competente, son:

- Observación y monitoreo de la condición física de la mujer embarazada, realizando un examen general y ginecológico.

- Asistencia clínica para la detección oportuna de complicaciones en la mujer embarazada, para resolverlas o demandar el concurso de otro nivel de atención.
- Atención de las necesidades de información y apoyo emocional de la mujer.
- Preservación del derecho de la mujer embarazada a la privacidad, confidencialidad y a estar acompañada si así lo manifiesta.

Evaluación clínica

- Examen físico general y ginecológico, para precisar la edad gestacional.

Laboratorio

- Grupo sanguíneo y factor Rh. En el caso de que la mujer embarazada sea Rh negativa, no sensibilizada, aplicar una dosis de suero anti D, previo al tratamiento.
- Hemoglobina y hematocrito para prever una transfusión sanguínea segura.

Donde los recursos lo permitan:

- Identificación y diagnóstico de ITS/VIH/SIDA.

Procedimientos de gabinete

- Ecografía abdominal o transvaginal, para descartar un embarazo ectópico, y confirmar la edad gestacional evaluada clínicamente, cuando exista la posibilidad de contar con este examen complementario.

Indicaciones

El misoprostol está indicado:

- En todos los casos en los que se requiera la interrupción segura del embarazo, sea en el primer o en el segundo trimestre de la gestación (embarazo intrauterino).
- Para la preparación y dilatación del cuello antes de un aborto quirúrgico.

Contraindicaciones

- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatias o tratamiento actual con anti-coagulantes.
- Alergia a las prostaglandinas.

- Disfunciones hepáticas severas.
- DIU (retirar antes del procedimiento).

Condiciones

46

- Autorización judicial en su caso.
- Establecer buena comunicación entre la mujer embarazada y el equipo de salud, a fin de garantizar que haya total comprensión sobre el procedimiento y un adecuado contacto de seguimiento.
- Debe estar disponible un servicio de aborto quirúrgico, en una unidad de emergencia, para el caso de una complicación o falla del método.

Dosis y vías de administración

En embarazos de hasta 12 semanas, utilizar alguna de estas opciones en orden de preferencia:

- Misoprostol vaginal, 800 mcg. En caso de no haber respuesta, repetir la dosis cada 6 horas, hasta completar 3 dosis. Se recomienda humedecer las tabletas con 1cc de agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar

la concentración sanguínea de las mismas y su colocación en el fondo del sacro.

- Misoprostol sublingüal, 800 mcg, cada 4 horas, hasta completar 3 dosis. Colocar 2 tabletas a cada lado, debajo de la lengua, durante 30 minutos. Deglutir lo que resta.

La vía sublingüal es la primera elección, pero puede usarse la vía vaginal si es la preferencia de la mujer embarazada.

En embarazos de 13 a 15 semanas:

- Dosis inicial, 400 mcg, por vía vaginal. Repetir igual dosis si no hay respuesta a las 6 o 12 horas. Si persiste la falta de respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetirla 12 horas después.

En embarazos de 16 a 20 semanas:

- Dosis inicial de 200 mcg, por vía vaginal, repetir igual dosis, si no ha habido respuesta a las 6 o 12 horas. Si no hay respuesta a las

24 horas duplicar la dosis inicial y repetirla 12 horas después.

Tiempo hasta conseguir el efecto

48 En la mayor parte de los casos, la expulsión del feto y la placenta ocurre dentro de las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72.

Efectos secundarios

- Sangrado vaginal y cólicos. El sangrado debe ser en poca cantidad concordante con la edad gestacional. Los cólicos se resuelven con la administración de analgésicos no opiáceos o antiinflamatorios no esteroideos.
- Náuseas, vómitos y diarrea se presentan entre el menos del 10% de los casos; por lo general, desaparecen espontáneamente después de algunas horas.
- Fiebre con o sin escalofríos, cefalea o mareos. No requieren intervención, dado que se autolimitan en las primeras 12 horas.

Admisión

- En todos los casos, especialmente en la interrupción del embarazo de 10 semanas o más, es imprescindible que la mujer embarazada permanezca en el hospital hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.
- Hasta las 9 semanas de embarazo, el tratamiento puede ser usado sin requerir hospitalización de la mujer embarazada, dependiendo de las características de ella y su entorno.
- Mujeres que presentan problemas de salud en general, tipo enfermedades cerebro vasculares, cardiovasculares, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada, deben ser internadas bajo estricta vigilancia médica.

Criterios de referencia

- Anemia aguda post sangrado.
- Hemorragia genital persistente y en cantidad elevada. (2 toallas sanitarias grandes empapadas en una hora por dos veces consecutivas).
- Falla de procedimiento.

- Signo-sintomatología de sepsis.

Criterios de alta

Después de la evacuación uterina y cuando se compruebe la ausencia de hemorragia genital o en escasa cantidad (manchado).

Promoción de la salud

- Explicar claramente a la mujer embarazada y a su familia las causas, el procedimiento a realizar y los riesgos.
- Informar sobre la necesidad de control a los 7 y 14 días después del procedimiento.
- Informar a la mujer embarazada sobre los beneficios de la anticoncepción, higiene personal y aspectos nutricionales.
- Ofrecer anticoncepción post aborto inmediato.

Aborto incompleto

Nivel de resolución

Primer, segundo y tercer nivel de atención.

Definición

El aborto espontáneo ocurre en el 15% al 20% de todos los embarazos. El aborto provocado eleva bastante esta cifra. El aborto incompleto es una grave preocupación de salud pública y su falta de tratamiento adecuado puede provocar elevada morbilidad e incluso muerte. Hay autores que estiman que entre el 22% y el 56% de todas las muertes maternas directas son atribuibles al aborto.

Cuando la evacuación es total, en bloque, el aborto es completo; pero cuando es parcial, quedando en el interior del útero restos ovulares y/o membranas, el aborto es incompleto y se caracteriza por la persistencia de metrorragia, canal cervical permeable y dolor. El aborto incompleto se establece por diag-

nóstico clínico y eventualmente ecográfico, luego de la expulsión del material ovular.

Atención

52

Las intervenciones que permiten una atención calificada, otorgadas por un proveedor competente, son:

- Observación y monitoreo de la condición física de la mujer, realizando un examen general y ginecológico.
- Asistencia clínica para la detección oportuna de complicaciones en la mujer, para resolverlas o demandar el concurso de otro nivel de atención.
- Atención de las necesidades de información y apoyo emocional de la mujer.
- Preservación del derecho de la mujer a la privacidad y a estar acompañada.

Evaluación clínica

- Examen físico general y ginecológico, para el diagnóstico de certeza de aborto incompleto.

Laboratorio

- Grupo sanguíneo y factor Rh. En el caso de que la mujer sea Rh negativa no sensibilizada, aplicar una dosis de suero anti D, previo al tratamiento.
- Hemoglobina y hematocrito para prever una transfusión sanguínea segura.

Donde los recursos lo permitan:

- Identificación y diagnóstico de ITS/VIH/SIDA.

Procedimientos de gabinete

- Ecografía abdominal o transvaginal, para confirmación del diagnóstico clínico ginecológico y descartar un embarazo ectópico (en caso de que exista la posibilidad de contar con este examen complementario).

Indicaciones

Tratamiento del aborto incompleto en pacientes con:

- Tamaño uterino que corresponda a una gestación de hasta 12 semanas.

- Sin infección.
- Buen estado general y hemodinámicamente compensada.
- Consentimiento informado y escrito.
- Con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención.

Contraindicaciones

- Hipotensión severa.
- Epilepsia.
- Sangrado excesivo.
- Fiebre o signos de sepsis.
- Mal estado general.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Antecedentes de trastornos de la coagulación.
- Mujeres que estén tomando anticoagulantes o consumidoras frecuentes de aspirinas.

Condiciones

- Consentimiento informado escrito.
- Establecer buena comunicación entre la mujer y el equipo de salud, a fin de garantizar

un adecuado contacto de seguimiento y que haya total comprensión sobre el procedimiento.

- Debe estar disponible un servicio de aborto quirúrgico, en una unidad de emergencia, en caso de complicación o falla del método.

Dosis y vías de administración

Por orden de preferencia

- Vía oral, dosis única de 600 mcg.
- Vía sublingüal, dosis única de 400 mcg.
- Vía vaginal, utilizar tabletas de 200 mcg cada 4 horas, hasta un total de 800 mcg.

Tiempo hasta conseguir el efecto

En la mayor parte de los casos el vaciamiento uterino completo ocurre dentro de las primeras 24 a 72 horas, pero puede demorarse entre 7 y 10 días.

Efectos secundarios

- Diarrea y dolor abdominal.
- Náuseas.

- Vómitos.
- Hipotensión.
- Fiebre.
- Escalofríos y temblor.

Si comienza una hemorragia importante y se valora que la medicación aún no ha logrado el resultado esperado, se deberá interrumpir el tratamiento farmacológico y pasar a una solución quirúrgica.

Seguimiento clínico

Desaparición de la hemorragia, ausencia de signos de infección, desaparición del dolor. La ecografía vaginal a los 10 días, se puede utilizar, como una comprobación fehaciente de la total evacuación del contenido uterino.

Criterios de referencia

- Anemia aguda post sangrado.

- Hemorragia genital persistente y en cantidad elevada.
- Falla de procedimiento.
- Fiebre.

Criterios de alta

Después de la evacuación uterina y cuando se compruebe la ausencia de hemorragia genital o su presencia en escasa cantidad (manchado).

Promoción de la salud

- Explicar claramente a la mujer embarazada y a su familia las causas, el procedimiento a realizar y los riesgos.
- Informar la necesidad de control a los 7 y 14 días después del procedimiento.
- Informar a la mujer embarazada sobre los beneficios de la anticoncepción, higiene personal y aspectos nutricionales.
- Proponer un método anticonceptivo inmediato.

Maduración de cérvix antes del aborto quirúrgico

Nivel de resolución

Primer, segundo y tercer nivel de atención.

Indicaciones

Se aplicará misoprostol para madurar el cervix, previa valoración clínica del mismo, en los siguientes casos:

- Nulípara, principalmente adolescente.
- Cérvix plano.
- Cérvix con orificio cervical externo puntiforme.
- Estenosis cervicales.
- Cirugías previas cervicales o en cualquier procedimiento de instrumentación transcervical (histeroscopia, colocación de DIU o biopsia de endometrio).

Dosis y vías de administración:

- 400 mcg, vía vaginal (fondo de saco posterior), 3 o 4 horas previas al procedimiento quirúrgico.

- 400 mcg, sublingüal, 3 o 4 horas previas al procedimiento quirúrgico.

Con estas dosis se logra la maduración y dilatación del cuello, lo cual facilita la maniobra quirúrgica, disminuyendo el riesgo de laceración del cuello y perforación uterina.

Efectos secundarios:

- Escalofríos.
- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos y diarrea.

Los efectos secundarios que se pueden presentar son leves y no requieren tratamiento adicional.

Huevo anembrionado y aborto diferido

Nivel de resolución

Primer, segundo y tercer nivel de atención.

Definición

Según la OMS se define como huevo anembrionado a la ausencia del embrión dentro de un saco gestacional, de 20/30 mm de diámetro, cuyas causas más importantes radican en alteraciones cromosómicas.

El aborto diferido (antes huevo muerto y retenido) se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del feto no se lo expulsa en forma espontánea.

Indicaciones

Misoprostol está indicado en caso de:

- Embarazo intrauterino no viable.
- Falta de evidencia de expulsión espontánea del embarazo.

Contraindicaciones

- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatias o tratamiento actual con anti-coagulantes.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Endometriosis o sepsis. En estos casos, se recomienda el uso de antibióticos además de la aspiración endouterina.
- Disfunciones hepáticas severas.
- DIU (retirarlo antes del procedimiento).

Evaluación clínica

- Examen físico general y ginecológico, para precisar la edad gestacional.
- Desaparición de los síntomas simpáticos del embarazo (náuseas y vómitos).
- Involución de las glándulas mamarias.
- Falta de latido fetal o movimientos fetales.

Laboratorio

- Negativización del test de embarazo.

- Grupo sanguíneo y factor Rh. En casos en que la mujer sea Rh negativa, no sensibilizada, aplicar una dosis de suero anti D, previo al tratamiento.
- Hemoglobina y hematocrito para prever una transfusión sanguínea segura.
- Tiempo de coagulación y sangría, tiempo de pro-trombina.

Donde sea posible:

- Identificación y diagnóstico de ITS/VIH/SIDA.

Procedimientos de gabinete

- Ecografía abdominal o transvaginal, para descartar un embarazo ectópico y confirmar la edad gestacional y muerte del huevo.
- Falta de latidos fetales.
- Aparición de sangre en el líquido amniótico.
- Deformidad del saco gestacional.

Considerar como primer método a utilizar ante sospecha de feto muerto a la ecografía, lo que representa una economía de procedimientos.

Dosis y vías de administración

- Misoprostol vaginal 800 mcg en única dosis.
- Misoprostol sublingüal 600 mcg, hasta 2 dosis con 48 horas de diferencia.
- Misoprostol vaginal 400 mcg, cada 48 horas hasta 3 dosis.

Cuando se emplea el Misoprostol, por vía vaginal, se recomienda humedecer las tabletas con 1 cc de agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la concentración sanguínea de la misma.

Efectos secundarios

- Escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos y diarrea. Son leves y no requieren tratamiento adicional.

Admisión

- Las mujeres embarazadas deben tener acceso a servicios de emergencia y recibir un segui-

miento minucioso hasta verificar la evacuación completa.

- Hasta las 9 semanas de embarazo, el tratamiento puede ser usado sin requerir hospitalización de la mujer embarazada.
- En embarazos de 10 semanas o más, es imprescindible que la paciente permanezca en el hospital, hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.
- Mujeres embarazadas que presentan problemas de salud en general, tipo enfermedades cerebro vasculares, cardiovasculares, neuropatías, diabetes mellitus o hipertensión arterial descompensada, deben ser internadas bajo estricta vigilancia médica.

Criterios de referencia

- Anemia aguda post sangrado.
- Hemorragia genital persistente y en cantidad elevada.
- Falla de procedimiento.
- Sospecha de coagulación intravascular diseminada, que debe ser diagnosticada precozmen-

te, para la referencia de la mujer a un servicio de tercer nivel.

Criterios de alta

66 Después de la evacuación uterina y cuando se compruebe la ausencia de hemorragia genital o que se produzca en escasa cantidad (manchado).

Promoción de la salud

- Explicar claramente a la mujer embarazada y a su familia, las causas del problema, el procedimiento a realizar y los riesgos.
- Informar sobre la necesidad de control a los 7 y 14 días después del procedimiento.
- Informar a la mujer embarazada sobre los beneficios de la anticoncepción, higiene personal y aspectos nutricionales.
- Ofrecer anticoncepción post aborto inmediato.

Prevención y control de la hemorragia postparto

Nivel de resolución

Primer, segundo y tercer nivel de atención.

Definición

La hemorragia postparto primaria puede ocurrir con o sin el uso del manejo activo del alumbramiento (ver protocolo de manejo activo del tercer periodo del parto). Por tanto, la hemorragia postparto puede ocurrir por alteraciones en el desprendimiento y expulsión de la placenta (alumbramiento prolongado) o bien por atonía uterina post parto.

Indicaciones

- El misoprostol está indicado como parte del manejo activo del alumbramiento para la prevención de la hemorragia postparto, sobre todo en lugares donde no exista disponibilidad de útero tónicos inyectables o donde existan problemas para su almacenamiento y administración.

- El misoprostol no debe reemplazar a los útero tónicos inyectables, en hospitales y clínicas que utilicen en forma rutinaria el manejo activo del alumbramiento.
- Preferir el misoprostol solamente como preventivo de hemorragia post parto, en mujeres embarazadas, con antecedentes de hemorragias en partos anteriores.

Contraindicaciones

No debe utilizarse en mujeres embarazadas con hipersensibilidad conocida al medicamento o a otras prostaglandinas.

Dosis y vías de administración

- Misoprostol vía oral, en una única dosis de 600 mcg. Ingerirlas con un poco de agua.
- Misoprostol vía sublingüal, en una única dosis de 600 mcg.

Efectos secundarios

- Los efectos adversos más comunes son: temblor, incremento de la temperatura, diarrea,

dolor abdominal, náuseas, vómitos y cefalea. Dichos efectos son transitorios y no requieren tratamiento.

- No se han demostrado muertes maternas asociadas a efectos colaterales del misoprostol.

Admisión

- Donde sea posible, deben existir condiciones de ofrecer tratamientos alternativos, en caso de no obtenerse el efecto esperado.
- En caso de hipertermia elevada, debe tratarse con los fármacos antipiréticos convencionales.

Anexo

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Dra. Amanda Moreno Cuellar
PRESIDENTA SBOG

Dra. Carmen Arce Toro
VICE PRESIDENTA

Dr. Miguel Ángel Álvarez Suárez
SECRETARIO GENERAL

Dr. Rafael Baldivieso Hoyos
SECRETARIO DE HACIENDA

Dr. Luis Eduardo Alí Jiménez
PRIMER VOCAL

Dr. Newton Andía Rojas
SEGUNDO VOCAL

Dr. René Ramiro Mercado
TERCER VOCAL

PRESIDENTES DE FILIALES

Dr. Hugo Caracila Lucana
PRESIDENTE SBOG FILIAL BENI

Dr. Gonzalo de la Fuente Díaz
PRESIDENTE SBOG FILIAL LA PAZ

Dra. Carmela Aguilera Pizarro
PRESIDENTE SBOG FILIAL SANTA CRUZ

Dr. Antonio Pardo Novak
PRESIDENTE SBOG FILIAL CBB

Dr. Elvio Fernández Estrada
PRESIDENTE SBOG FILIAL TARIJA

Dr. Gonzalo Virreira Prout
PRESIDENTE SBOG FILIAL SUCRE

Dra. Wilma Quiroz Espada
PRESIDENTA SBOG FILIAL POTOSÍ

Dr. Roberto Chávez Hurtado
PRESIDENTE SBOG FILIAL COBIJA

Dr. Humberto Ribera Talavera
PRESIDENTE SBOG FILIAL ORURO

Dra. Magda Torrico Gandarrillas
PRESIDENTA SBOG PROVINCIAL QUILLACOLLO

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y
Productiva
PARA VIVIR BIEN

