

Sr. Director:

Por ser motivo de frecuentes consultas, tanto de pacientes como de compañeros, leí con especial interés el protocolo número 37 de la SEGO sobre fármacos y gestación, publicado en el número de febrero de *PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*<sup>1</sup>.

Aunque la mayoría de lo publicado en este protocolo forma parte de nuestra práctica habitual, sorprende ver como se ha clasificado el misoprostol como fármaco contraindicado durante la gestación, sin explicación o matiz alguno.

El misoprostol se usa de forma controlada en ginecología y obstetricia desde hace unos 15 años<sup>2</sup>; en este tiempo se ha acumulado un importante volumen de artículos que ponen de manifiesto su seguridad y eficacia para la interrupción del embarazo en el primer y segundo trimestres, la dilatación cervical previa al legrado, la inducción del parto en el tercer trimestre, y la prevención y el tratamiento de la hemorragia puerperal, hasta el punto de considerarse una de las medicaciones más importantes en la práctica obstétrica<sup>3</sup>. En concreto, para la maduración cervical previa a la inducción del parto, su eficacia y seguridad son tales, que se ha convertido en el tratamiento de elección<sup>4</sup>.

Ello condujo al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) a la difusión de un boletín

práctico sobre el uso del misoprostol<sup>5,6</sup>, a pesar de la incomprensible y tenaz oposición de Searle, la compañía productora del misoprostol y de que la Food and Drug Administration (FDA) considerara al fármaco contraindicado durante la gestación. Finalmente, a la luz de las evidencias disponibles, la FDA revisó en abril de 2002 las indicaciones del misoprostol y reformó el prospecto, levantando la contraindicación para su uso en las situaciones antes mencionadas y considerándolo contraindicado sólo cuando se usa según su indicación original, esto es, como protector gástrico frente a antiinflamatorios no esteroideos<sup>7</sup>.

Hacen al caso estas matizaciones por 2 motivos: primero, que el valor práctico que tienen los Protocolos de la SEGO, como guía para los ginecólogos españoles, no puede verse enfrentado a la evidencia científica disponible y, segundo, los Protocolos de la SEGO, en tanto su vertiente jurídica, no pueden poner a los pies de los caballos a quien hace buen uso de un fármaco, amparado por el conocimiento acumulado durante años en la bibliografía internacional y sancionado por organismos y asociaciones científicas de reconocido prestigio.

**J.R. Rodríguez-Hernández**  
Ginecología y Obstetricia.  
Hospital Los Arcos. Murcia. España.

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos SEGO. Fármacos y gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48:106-9.
2. Chong YS, Su LL, Arulkumaran S. Misoprostol: a quarter century of use, abuse, and creative misuse. *Obstet Gynecol Surv.* 2004;59:128-40.
3. Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med.* 2001;334:38-47.
4. Hale RW, Zinberg S. Use of misoprostol in pregnancy. *N Engl J Med.* 2001;334:59-60.
5. Induction of labor with misoprostol. ACOG committee opinion no. 228. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1999.
6. Induction of labor. ACOG practice bulletin no. 10. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1999.
7. Disponible en: <http://www.fda.gov/medwatch/safety/2002/safety02.htm#cytote>