

Misoprostol y embarazo

Sr. Director:

La publicación del protocolo de la SEGO n.º 37¹ ha suscitado polémica acerca del uso del misoprostol durante la gestación, lo que se refleja en varias cartas al director en su revista. Me gustaría puntualizar diversos aspectos acerca de dicho medicamento, alguno de los cuales no ha quedado totalmente claro.

El misoprostol es un fármaco teratogénico y su uso está totalmente contraindicado en la gestación que no se va a interrumpir, que es a la que se refiere dicho protocolo. Si el objetivo habitual en un embarazo es lograr un recién nacido sano, todos los fármacos que no cumplan este objetivo se considerarán contraindicados. Su uso durante el primer trimestre del embarazo produce aborto y aumenta hasta 7 veces la tasa de malformaciones en las gestaciones que no se han interrumpido². Se ha asociado con secuencia de Moëbius, defectos transversos terminales en las extremidades, defectos del cráneo y del cuero cabelludo, labio leporino y paladar hendido, hipertelorismo, artrogriposis, hidrocefalia, holoprosencefalia y extrofia vesical²⁻⁸.

El misoprostol es un fármaco muy eficaz para la interrupción del embarazo en cualquier trimestre de la gestación, independientemente de si el feto está vivo o muerto⁸. Muchas publicaciones científicas avalan su uso, solo o asociado a otros fármacos, en la interrupción voluntaria del embarazo, la evacuación del aborto diferido o el feto muerto retenido, la

inducción del parto y el tratamiento de la hemorragia puerperal⁸⁻¹⁶. Es menos eficaz que la oxitocina y la ergometrina para la prevención de la hemorragia puerperal¹⁷.

En España se ha aprobado su uso, según refleja la ficha técnica, en el «tratamiento de la úlcera duodenal y en la profilaxis de las lesiones gastrointestinales por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), limitada a sujetos cuyo tratamiento a largo plazo con AINE es indispensable», y si lo queremos usar en cualquier otra circunstancia debemos recurrir al uso compasivo para no contravenir la ley y evitar problemas en caso de que se produzcan efectos secundarios importantes.

Como muchos ginecólogos estoy a favor de la ampliación de las indicaciones aprobadas en la ficha técnica del misoprostol a las circunstancias clínicas en que ha demostrado ser útil, pues es mucho más barato que los fármacos alternativos, al menos tan eficaz, estable a temperatura ambiente, y se puede administrar por vía oral, intravaginal o rectal. La SEGO no tiene capacidad legal para promover dicha ampliación, pero sí podría apoyarla patrocinando un documento en el que se hablase de su utilidad siguiendo criterios de medicina basada en la evidencia.

Manuel Ángel Veiga Tuimil

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fármacos y gestación. Protocolo n.º 37. *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48:106-9.
2. Briggs GG. Efectos de fármacos sobre el feto y sobre el lactante alimentado al seno materno. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 7-22.
3. Fonseca W, Alencar AJC, Mota FSB, Coelho HLL. Misoprostol and congenital malformations. *Lancet*. 1991;338:56.
4. Schönhöfer PS. Misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet*. 1991;337:1534-5.
5. Mejías C, Rodríguez E, Dequino GV, et al. Teratogenicidad del misoprostol. *Boletín del ECEMC. Revista de Dismorfología y Epidemiología*. 2000;5:19-22.
6. González CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, et al. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet*. 1998;351:1624-7.
7. Orioli IM, Castilla EE. Epidemiological assesment of misoprostol teratogenicity. *BJOG*. 2000;107:519-23.

8. Goldberg AB, Greemberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med.* 2001;344:38-48.
9. Kulier R, Gulmezoglu M, Hofmeir GJ, et al. Medical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Library, Issue1.* Chichester: Jonh Wiley & Sons, Ltd.; 2006.
10. Say L, Kulier R, Gulmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Library, Issue1.* Chichester: Jonh Wiley & Sons, Ltd.; 2006.
11. Akoury HA, Hannah ME, Chitayat D, et al. Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:755-62.
12. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labor. *The Cochrane Library, Issue1.* Chichester: Jonh Wiley & Sons, Ltd.; 2006.
13. Alfirevic Z. Oral misoprostol for induction of labor. *The Cochrane Library, Issue1.* Chichester: Jonh Wiley & Sons, Ltd.; 2006.
14. Sánchez-Ramos L, Kaunitz AM, Delke L. Labor induction with 25 mcg versus 50 mcg intravaginal misoprostol: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2002;99:145-51.
15. O'Brien P, El-Rafaey H, Gordon A, et al. Rectally administred misoprostol for treatment of postpartum haemorrhage unresponsive to oxitocyn and ergometrine: a descriptive study. *Obstet Gynecol.* 1998;92:212-4.
16. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *The Cochrane Library, Issue1.* Chichester: Jonh Wiley & Sons, Ltd.; 2006.
17. Joy SD, Sánchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. *Int J Obstet Gynecol.* 2003;82:143-52.