



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (1): 56-57

Evacuación uterina con prostaglandina E-1

[EDUARDO CACERES](#)¹; FRANCISCO VARGAS²

Resumen

Se presenta el estudio de 113 casos de pacientes tratadas con prostaglandina E-1 para evacuación uterina, realizado por el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" del Instituto Peruano de Seguridad Social, entre enero de 1992 y diciembre de 1993. El motivo del estudio e la búsqueda de una alternativa al uso de la oxitocina para la evacuación uterina, en casos en que estuviera indicado dicho procedimiento por alguna razón médica. Se utilizó la vía oral y, en ocasiones se combinó con la vía vaginal. Los resultados fueron exitosos en 103 casos y fallidos en 10 (8,8%). Los efectos colaterales fueron mínimos. Su manejo por vía oral, la rara presentación de efectos secundarios y bajo porcentaje de casos fallidos, lo constituyen en un producto a elegir en el diario manejo de la especialidad; su uso acorta la estadía hospitalaria, puede ser utilizado en grandes multíparas y en pacientes cesareados anteriores; facilita el tratamiento quirúrgico complementario. (Ginecología y Obstetricia 1995; 41: 56-57)

Palabras clave: Prostaglandina E-1; evacuación uterina.

Summary

One hundred and thirteen patients treated with prostaglandine E-1 for uterine evacuation were studied at the Department of Obstetrics in Hospital "Edgardo Rebagliati Martins" of the Peruvian Social Security Institute, from January 1992 to December 1993. We looked for an alternative to oxytocin use for uterine evacuation because of medical reasons. Administration was oral, in occasions combined with vaginal route. Results were successful in 103 cases and unsuccessful in 10 (8,8%). Side effects were minimal. Oral administration, rare presentation of side effects and low percentage of failures, make it a practical choice in our daily practice. Its use shortens hospital stay, can be used by great multipara and previous cesarean section patients; it is a complement to surgical treatment.

Key words: Prostaglandin E-1; uterine evacuation.

Introducción

Dentro de la práctica obstétrica diaria, encontramos circunstancias en las que es necesario evacuar el útero por alguna indicación médica: aborto frustrado, mola hidatiforme, óbito fetal, anencefalia o gestaciones con pocas probabilidades de supervivencia fetal por pérdida de líquido amniótico de varios días, aborto terapéutico. El uso de la oxitocina en dichos casos puede requerir de intentos de varias horas de duración, con estadía hospitalaria prolongada, y muchos casos terminan en histerectomía. En otros se puede hacer uso de la inyección intraamniótica de solución hipertónica, con resultados infructuosos. Así mismo, podemos encontrar casos de pacientes con cicatriz uterina previa, en los cuales hay temor al uso de la oxitocina. En estas circunstancias, se hacía necesaria una alternativa a la oxitocina. Se decidió utilizar la prostaglandina E-1, cuya acción es la liberación de prostaglandinas endógenas, las cuales desencadenan contracciones uterinas subintrantes hasta obtenerse la



dilatación cervical y expulsión del contenido uterino. Se usó la prostaglandina E-1 por vía oral y, en algunos casos, combinada con la vía vaginal, en base a experiencias en otros países.

Material y Métodos

El estudio se inició en enero de 1992, en los Servicios de Obstetricia del hospital Rebagliati del IPSS. Se seleccionó las pacientes con los diagnósticos antedichos y se les administró por vía oral tabletas de misoprostol (un derivado sintético de la prostaglandina E-1), a dosis de 200 microgramos cada 4 horas, por un lapso máximo de 24 horas. Luego se procedía a su tratamiento de acuerdo a las circunstancias (tratamiento quirúrgico complementario o atención de parto). En casos seleccionados se asoció la vía oral con la aplicación de tabletas vía vaginal (en fondo, de saco posterior, dentro del cérvix o intrauterina).

Aborto frustrado	17
Mola hidatiforme	7
Obito fetal	58
Anencefalia	12
Ruptura de bolsas (menor 25 sem.)	17
Aborto infectado	1
Aborto terapéutico	1
Total	113

Resultados

De los 113 casos en que se manejó el misoprostol, el tratamiento fue exitoso, en 103 de ellos y fallido en 10 (8,8%). Las causas por las que se procedió a la evacuación uterina se muestran en la Tabla 1.

El tratamiento quirúrgico complementario (legrado uterino) se efectuó en todos los casos en que la evacuación uterina ocurrió en el primer y segundo trimestres. No se hizo en 18 casos, todos ellos del tercer trimestre.

En los casos fallidos (10), el manejo ulterior fue: dilatación y legrado uterino (7); y, uso de oxitocina y legrado uterino (3). La Tabla 2 muestra el diagnóstico y la edad gestacional de los casos fallidos.

Los efectos colaterales estuvieron presentes sólo en tres pacientes: náuseas en 2 y diarrea en 1.

Discusión

En nuestro país se ha tenido experiencias previas con prostaglandinas y los resultados obtenidos, a pesar de haber sido, con casuísticas poco voluminosas, fueron de ayuda en la terapia obstétrica.

En nuestro hospital se ha tenido experiencia previa con el uso de prostaglandina F2-alfa. En el Congreso Peruano de la especialidad de 1990, Huamán, Carrasco y Pacheco concluyeron que en la evacuación uterina, comparando el Liso de la solución hipertónica con la inyección intraamniótica de prostaglandina F2-alfa, se obtenía mejores resultados con esta última. En los intentos de inducción del parto, el uso de la prostaglandina F2-alfa por infusión endovenosa arrojaba resultados similares que el uso de la oxitocina.



Las experiencias mencionadas en la literatura brasileña con el uso del misoprostol revelan cifras de intentos fallidos en la evacuación uterina que oscilan entre 6% vía oral², y 5,4% vía vaginal⁴.

Considerando que la experiencia brasileña data de muchos años, con dosis que han ido variando, esta primera experiencia nuestra vía oral y vaginal, con 8,8% de fallas, constituye un buen aporte a la terapia obstétrica. En base a los resultados, se ha iniciado, una nueva etapa con esta prostaglandina y los hallazgos preliminares son muy alentadores.

Tabla 2. Casos fallidos	
Diagnóstico	Edad gestacional
Aborto frustrado	4 (menor 11 sem.)
Mola hidatiforme (10 sem.)	
Obito fetal	2 (14 sem.)
Ruptura de bolsas	3 (18, 19,23 sem.)
Total	10

Conclusiones

Al cabo de 2 años de haber trabajado con la prostaglandina E-1 (misoprostol) en casos seleccionados, es factible concluir que se trata de una excelente alternativa para el manejo obstétrico en aquellos casos en que se desea evacuar el útero por alguna indicación médica, no existiendo vida fetal o estando la posibilidad de supervivencia fetal muy disminuida. Su manejo por vía oral, la rara presentación de efectos colaterales y el bajo porcentaje de casos fallidos, lo constituyen en producto a elegir en el diario manejo de la especialidad; su uso acorta la estadía hospitalaria. Usándolo a dosis correctas y tomando las precauciones del caso, puede ser usado en grandes múltiparas y cesareadas anteriores. Además, el tratamiento quirúrgico complementario se ve facilitado.

Agradecimiento

Dr. José De Olazábal, MD. Médico neumólogo peruano, Palm Beach, Miami.

Dr. James Foreit PH. Director de INOPAL II, The Population Council.

Asimismo, a los doctores Juan Díaz y Aníbal Faundes, en Sao Paulo.

Referencias Bibliográficas

1. Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Contractilidad uterina e inducción del aborto en embarazo temprano, mediante misoprostol y mifepriptone. Lancet. 1991; 338: 8777.
2. Tomo de 44º Congreso Brasileño de Gin. Ob. Brasilia, Nov. 1991. Empleo de misoprostol en embarazos interrumpidos del segundo trimestre. Oberti. Porto Alegre. Esquema oral de misoprostol en mola y aborto frustrado. Cardoso. Porto Alegre.
3. Costa, SH. Misoprostol y el aborto ilegal en Rio de Janeiro. Lancet 1993; 341:1258-61.



4. Luna HL. Misoprostol y el aborto ilegal en Fortaleza. Brasil. Lancet. 1993; 341:1261-3.
5. Bugalho A, Faundes A. Efectividad del misoprostol intravaginal en inducir el aborto de 11 semanas de gestación. Family Planning 1993; 24, 5: 319-23.
6. Cameron IT, Baird DT. Téninación del embarazo temprano. Comparación entre aspiración al vacío y uso de prostaglandina E-1. Br J Ob Gin, 1995; 3: 271-6.
7. Margulies M, Gerhan Campos. Misoprostol para provocar el aborto. Lancet. 339: 1593.
8. Barbosa RM, Anilha M. La experiencia brasileña con misoprostol. Studies in Family Planning. 1993; 24:4.
9. Huamán M, Carrasco N. Inducción de la evacuación uterina con prostaglandina F2-alfa intramniótica. Gin Ob (Perú) 1988; 32(4):39.
10. Huamán M, Carrasco N, Pacheco J. Inducción y estimulación del trabajo de parto con prostaglandina F-2-alfa. Gin Ob (Perú) 1989; 32(4):41.