



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (3): 74-76

### Uso de la prostaglandina E-1 en obstetricia

EDUARDO CÁCERES, FRANCISCO VARGAS BOCANEGRA

#### Resumen

**OBJETIVO:** Estudio de la prostagilandina E-1 en la evacuación uterina, como alternativa al uso de la oxitocina y la histerotomía. **MATERIAL:** 176 casos de pacientes tratadas con prostaglandina E-1, para producir la evacuación uterina, realizado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins», del Instituto Peruano de Seguridad Social. **MÉTODO:** Se administró el medicamento vías vaginal y oral, combinadas. **RESULTADOS:** Se obtuvo éxito en 168 casos (95,5016) y falló en 8 (4.5%). Los efectos secundarios fueron mínimos. Su uso acortó la estancia hospitalaria y facilitó otros tratamientos complementarios. **CONCLUSIONES:** El porcentaje bajo de casos fallidos y la rara presentación de efectos secundarios hacen que este producto sea indispensable en el arsenal terapéutico de nuestra especialidad.

Palabras clave: Prostaglandina E-1; evacuación uterina.

#### Summary

**OBJECTIVE:** Study of prostaglandin E-1 in uterine evacuation, as an alternative to oxitocin and hysterotomy. **MATERIAL:** 176 patients treated with prostaglandin E-1 for uterine evacuation, performed at the Obstetrics Department of Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, Social Security Peruvian Institute. **METHOD:** Combined vaginal and oral administration of prostaglandin E-1. **RESULTS:** Success was obtained lu 168 cases (95,5%) and failure in 8 (4.5%). Secondary effects were minimal, hospital stay was shorter and complementary treatments were facilitated. **CONCLUSIONS:** Low percentage of failures and rare presentation of secondary effects make this product indispensable in our specialty.

Key words: Prostaglandin E-1; Uterine evacuation.

#### Introducción

Dentro del arsenal terapéutico utilizado actualmente en obstetricia, las prostaglandinas ocupan un lugar importante. Gracias a ellas se ha logrado un mejor manejo en los casos en los que es necesaria la evacuación uterina por alguna indicación médica. Ya no se requiere de tediosas jornadas de varias horas con el uso de la oxitocina, repetir el procedimiento varias veces hasta conseguir la evacuación uterina, con la consiguiente estancia hospitalaria prolongada, costos altos y alejamiento de la mujer del hogar. Se ha disminuido el uso de histerotomía como alternativa terapéutica.

La experiencia en la evacuación uterina con la prostanglandina E-1 por vía oral, que arrojó buenos resultados, nos motivó a utilizar un nuevo esquema terapéutico, que asocia la vía oral con la vaginal.

La administración de prostaglandinas durante el embarazo produce contractilidad uterina, al desencadenar producción local de prostaglandinas endógenas a nivel del cuello uterino y del miometrio.

Esto origina maduración y dilatación cervical y expulsión del contenido uterino por medio de contracciones uterinas subintraentes, en un tiempo menor a las 24 horas desde el inicio de la administración del medicamento.

Las prostanglandinas han relegado a la oxitocina a un segundo lugar en el manejo de la evacuación uterina, ya que el éxito de ella depende de la sensibilidad del miometrio, y esta sensibilidad solamente se desarrolla al máximo al término del embarazo, y es mediada por las prostaglandinas.

Por la administración de prostaglandinas en la inclusión del parto, es evidente que la oxitocina tiene un efecto directo sobre el miometrio, pero no así sobre el cérvix. Mientras tanto, las prostaglandinas cambian el estado de



relativa inactividad del miometrio en un estado de contractilidad activa y, al mismo tiempo, cambian la estructura cervical, haciéndola elástica y fácil de dilatar en poco tiempo.

La administración oral de la prostaglandina E-1 (misoprostol) puede producir, en algunos casos, náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos y alza térmica, pero de duración fugaz y de manejo fácil, si fuera necesario usar sintomáticos. La administración de la prostaglandina E-1 por vía vaginal se realiza de acuerdo a los hallazgos en el momento del examen; si el cérvix está íntegro, se deja la tableta en el fondo de saco posterior; y, si el cérvix está permeable, se puede colocar la tableta en el canal cervical o en la cavidad uterina.

Nuestro esquema terapéutico implica la administración simultánea de 200 microgramos vía vaginal y 600 microgramos vía oral. Producida la evacuación uterina al cabo de unas horas, se procede a realizar tratamientos complementarios, de acuerdo a cada caso en particular.

## Material y métodos

El estudio comenzó en el mes de mayo de 1992, en los servicios de Obstetricia del Hospital Rebagliati del IPSS. Se seleccionó pacientes con diagnóstico de aborto frustro, mola hidatiforme, óbito fetal, anencefalia, interrupción de la gestación por razón médica. Se administró simultáneamente 200 microgramos por vía vaginal (1 tableta de misoprostol) y 600 microgramos por vía oral (3 tabletas), indicando luego un período de observación, para proceder de acuerdo a la evolución de cada caso. Algunas pacientes tenían antecedente de haber recibido oxitocina en infusión endovenosa para intento de evacuación uterina; otras habían tenido inyección intraamniótica de solución hipertónica, sonda de Foley intrauterina con peso, para dilatación cervical. Se incluyó casos con antecedente de una o dos cesáreas.

## Resultados

De los 176 casos, en los cuales se utilizó el misoprostol, combinando la vía vaginal y la oral, el tratamiento fue exitoso en 168 de ellos y fallidos en 8 (1.5%). Las causas por las que se procedió a la evacuación uterina, son apreciadas en la Tabla 1.

El tratamiento quirúrgico complementario, consistente en el legrado uterino profiláctico, fue realizado en todos los casos.

El manejo en los casos fallidos fue histerotomía<sup>5</sup> y dilatación cervical más legrado uterino<sup>3</sup> (Tablas 2 y 3).

Los efectos colaterales estuvieron presentes en 19 casos: Náuseas 5, diarrea 4, escalofríos y fiebre 10.

Patología	Casos
Aborto frustro	42
Mola hidatiforme	9
Óbito fetal	93
Anencefalia	5
Ruptura de bolsas	20
Malformaciones fetales	6
Aborto terapéutico (Ca de mama)	1
<b>Total</b>	<b>176</b>

Diagnóstico	Edad Gestacional
Aborto frustro	3 (menos de 11 sem.)
Óbito fetal	2 (26,3 sem.)
Malformaciones fetales	2 (25,3 sem.)
Ruptura de bolsas	1 (14 sem.)
<b>Total</b>	<b>8</b>



En la gran mayoría de casos, la evacuación uterina se produjo en un lapso menor a las 24 horas, facilitando el tratamiento complementario y lográndose una dilatación cervical progresiva, con lo cual se cuidaba el futuro obstétrico de las pacientes.

En el grupo de estudio se incluyó multíparas y cesareadas anteriores<sup>4</sup>. No se tuvo caso alguno de ruptura uterina.

### Discusión

La prostaglandinas han llegado a ocupar un lugar importante en la terapia obstétrica. En los últimos cinco años, en nuestro país se ha logrado una buena experiencia en el manejo de la prostaglandina E-1. Inicialmente se trabajó utilizando la vía oral, con resultados halagadores y prometedores. Pero, al asociar la vía oral con la vaginal simultáneamente, los resultados fueron mucho mejores y espectaculares.

Los resultados obtenidos con el manejo de esta droga, al cabo de cinco años, son comparables con la experiencia brasileña, la cual data de muchos años. El ingreso de la prostaglandina E-1, misoprostol, al arsenal terapéutico obstétrico ha sido de gran ayuda, porque permite solucionar problemas que en otras épocas requerían de varios días de estancia hospitalaria y varios intentos para lograr la evacuación merina, alejando a la mujer de su trabajo y hogar y, en muchos casos, tenía que ser sometida a histerotomía.

**Tabla 3. Manejo de los casos fallidos.**

<b>Intervención</b>	<b>Casos</b>
Histerotomía	5
Dilatación y legrado uterino	3
<b>Total</b>	<b>8</b>

### Conclusión

La asociación de la vía oral con la vaginal de la prostaglandina E-1 brinda los mejores resultados. El porcentaje bajo de casos fallidos y la rara presentación de efectos colaterales lo constituyen en producto de elección en nuestra especialidad. Su uso acorta la estancia hospitalaria. En dosis adecuadas, puede ser utilizada en gran multíparas y cesareadas anteriores.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Contractilidad uterina e inducción del aborto en embarazo temprano, mediante misoprostol y mifepristone.
2. Costa SH. Misoprostol y el aborto ilegal en Río de Janeiro. Lancet 1993; 341: 1258-61
3. Bugalho A, Faundes A. Efectividad del misoprostol intravaginal en inducir el aborto de 11 semanas de gestación. Family Planning 1993; 24,5: 319-23
4. Margulies M, Campos G. Misoprostol para provocar el aborto. Lancet 339: 1593
5. Cáceres E, Vargas F. Evacuación uterina con prostaglandina E-1. Ginecol Obstet Perú 1995; 41(1): 56

Departamento de Obstetricia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-Instituto Peruano de Seguridad Social.