

MISOPROSTOL PARA MADURACION CERVICAL POR VIA VAGINAL vs. SUBLINGUAL

Dr. Eufronio Antezana Soria - MEDICO DE GUARDIA C.N.S.

Dra. Maria Elena Heredia Aguayo - R III DEPARTAMENTO GINECO-OBSTETRICIA C.N.S.

RESUMEN

El objetivo fundamental de la Obstetricia consiste en llevar a término el embarazo sin complicaciones para el recién nacido y la madre.

Maduración cervical es la fase previa del trabajo de parto, en la que se observan modificaciones del cuello uterino, (consistencia, posición, borramiento, longitud y permeabilidad), en tanto inducción es, el intento de producir contracciones uterinas regulares junto a cambios cervicales.

La oxitocina y la prostaglandina (PGE₂) son los agentes más empleados para madurar el cuello e inducir el parto.

Con este objetivo se ha utilizado el misoprostol, un análogo de PGE₁.

Diferentes métodos se han empleado para conseguir la maduración cervical en las últimas décadas, pero muchos han quedado olvidados por sus elevados índices de complicaciones maternas y fetales.

Es por esto que se investiga un método para la maduración cervical que sea eficaz, segura y aceptable para las gestantes, con el cual se logre un parto transpélvico en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones.

Palabras Claves: Misoprostol, Prostaglandinas, Maduración cervical.

Introducción: La inducción del trabajo de parto, con el fin de interrumpir el embarazo, constituye un problema frecuente en la práctica obstétrica.

Con este objetivo, se han utilizado diferentes métodos que incluyen entre otros, la estimulación del pezón, la amniotomía precoz, y el uso de agentes farmacológicos como la oxitocina y las prostaglandinas.

La inducción se asocia con un aumento de complicaciones en comparación con el trabajo de parto espontáneo (corioamnio-nitis por rotura prolongada de membranas, hiperestimulación uterina y alteración de la frecuencia cardíaca fetal), por ello siempre que se decide finalizar un embarazo mediante una inducción es necesario diagnosticar correctamente la indicación, estableciendo una cuidadosa relación riesgo-beneficio. Está indicada la inductoconducción del trabajo de parto, cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y el feto son mayores que los de permitir que el embarazo continúe.

No hay dudas que la maduración cervical facilita enormemente el inicio del trabajo de parto y que finalmente determine el pronóstico del parto vaginal, especialmente en nulíparas. La eficacia y seguridad del misoprostol en la maduración del cervix para la inducción del parto en pacientes con embarazos de término y con criterios de alto riesgo obstétrico, ha permitido disminuir la mortalidad perinatal y materna.

Objetivo general:

Determinar la eficacia del Misoprostol en dosis de 25 µg por vía vaginal y de 50 µg por vía sublingual en la maduración cervical.

Objetivos específicos:

- Determinar la dosis de Misoprostol en maduración cervical y posterior inductoconducción del trabajo de parto, por vía vaginal y sublingual en pacientes con indicación médica y obstétrica.
- Determinar el tiempo transcurrido desde la primera dosis de Misoprostol hasta la finalización del trabajo de parto.
- Determinar la cantidad de dosis necesaria para la maduración cervical.
- Conocer las complicaciones materno fetales con el uso de prostaglandina E1.

Metodología:

El estudio se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero N 2, en el período Mayo 2007 a Enero de 2008.

Es un estudio Prospectivo, Longitudinal y Comparativo. El universo fue de 80 pacientes

Criterios de inclusión:

- Que exista indicación médica para interrumpir el embarazo.
- Embarazo simple
- Presentación cefálica
- Frecuencia cardiaca fetal reactiva
- Menos de 8 contracciones uterinas espontáneas por hora.
- Store de Bishop menor de 5
- Edad gestacional de 37 semanas o más.

Criterios de exclusión:

- Hipersensibilidad al misoprostol
- Frecuencia cardiaca fetal anormal
- Presentación fetal diferente de la cefálica
- Peso fetal > 4 500 grs.
- Desproporción cefalopelvica
- Sangrado genital anormal.

Técnica y Procedimiento:

El procedimiento consistió en la administración de 25 µg de misoprostol por vía vaginal o 50 µg sublingual, cada 3 horas hasta un total de 4 dosis para la maduración cervical. El tratamiento se inició el día en que las pacientes fueron incluidas en el estudio. Las dosis de misoprostol siempre fueron administradas por personal médico.

Resultados:

- El mayor porcentaje de las pacientes en estudio se encuentran dentro el grupo etéreo comprendido entre los 17 a 35 años.
- El menor grupo de estudio fueron pacientes diabéticas controladas.
- El mayor porcentaje de las pacientes en estudio eran nuligestas.
- Todas las pacientes en estudio, presentaban un Bishop desfavorable.
- El tiempo transcurrido desde la aplicación de Misoprostol hasta el momento del parto, fue de 9 a 12 Hrs., en un alto porcentaje de pacientes que utilizaron la vía vaginal y mayor a 18 Hrs., en las pacientes que utilizaron la vía sublingual.
- La vía del parto en un 81% fue por vía vaginal y en un 19 % fue cesárea en las pacientes que recibieron Misoprostol por vía vaginal.
- Con el uso de Misoprostol por la vía sublingual se tuvieron 70% de partos por vía vaginal y 30% fueron cesáreas.
- Se realizó conducción en 7 pacientes que utilizaron la vía vaginal, de estas 2 terminaron en cesárea y por la vía sublingual 7 recibieron oxitocina, de las cuales 3 terminaron en cesárea.
- Se evidencio en 12 pacientes, LA meconiado (+ a ++), de las cuales 8 presentaban circular de cordón, y de estas 3 presentaron alteraciones de la FCF, al utilizar Misoprostol por la vía vaginal.

- Por la vía sublingual, 3 pacientes presentaron LA meconiado, de las cuales 2 presentaban circular de cordón, pero no hubo variaciones de la FCF.
- Entre las complicaciones que se presentaron por el uso de Misoprostol, se evidenció una mínima incidencia de hipertensión e hipersistolia en un 3%, solo en las pacientes que se utilizó la vía vaginal.
- En dos pacientes se presentó hipertensión e hipersistolia; en una se realizó lavado de cavidad vaginal con solución fisiológica al 0.9%, lográndose disminuir las alteraciones de la contractilidad uterina.
- En la otra paciente con dilatación de 8 a 9 cm. se produjo el parto a los 30 minutos, tiempo en el cual se utilizó el decúbito lateral izquierdo y oxígeno materno.
- En los dos grupos los resultados de APGAR no fueron estadísticamente diferentes.
- El peso de los RN osciló entre 3000 a 4000 grs. en los dos grupos en estudio.

Conclusiones:

- Por todo lo anterior se demuestra que el misoprostol a dosis de 25 µg, aplicados por vía vaginal, o 50 µg por vía sublingual, es una buena alternativa para lograr la maduración del cervix, la cual cobra importancia en las pacientes con alto riesgo obstétrico en las cuales es necesario terminar el embarazo
- La aplicación de Misoprostol es un método seguro para la maduración cervical, en razón a que pueden repetirse las dosis hasta lograr un cuello maduro.
- Es relevante destacar la tasa de parto vaginal en menos de 24 horas.
- Es importante resaltar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambas

vías en la mayoría de las variables estudiadas, (taquisistolia, hipersistolia, índice de BISHOP, APGAR a los 1 y 5 minutos y número de partos por cesárea) sin embargo es importante tomar en cuenta la diferencia que existió en la duración del trabajo de parto.

- La vía sublingual tiene una mayor y más rápida biodisponibilidad del Misoprostol, ya que antes de los 30 min. alcanza una concentración 5 veces mayor que la vía vaginal, la cual logra su acmé sérico a los 70 min, farmacocinética difícil de explicar por los resultados obtenidos, los cuales pueden interpretarse por el número reducido de pacientes que utilizaron la vía sublingual.
- Por su bajo costo y fácil administración, puede convertirse en el método de elección, ante la necesidad de interrumpir un embarazo mediante la maduración del cervix.

Recomendaciones:

- La elección de pacientes debe ser adecuada para el uso de misoprostol.
- El Misoprostol debe ser utilizado siempre en un ambiente hospitalario y con personal entrenado para resolver las complicaciones.
- Los tiempos entre dosis deben ser respetadas de manera estricta.
- El personal encargado del uso de Misoprostol debe conocer la farmacocinética del mismo.

Tabla 1. Grupo de Estudio

Vía de aplicación	Total
Vía vaginal	70
Vía sublingual	30

Tabla 2. Grupo de Estudio según la Edad

Edad	> 17 años	> 35 años
Vía vaginal	54	16
Vía sublingual	18	12

Tabla 3. Pacientes gestantes en estudio

	< 40 Sem	> 41 Sem	RPM	Diabetes
Vía vaginal	46	9	13	2
Vía sublingual	21	6	3	0

Gráfico 1

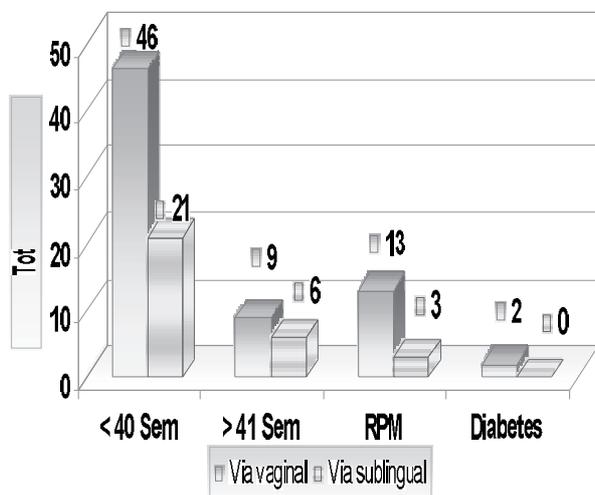


Tabla 4. Antecedentes Obstetricos

Paridad	> 2 Gestas	< 2 Gestas
Vía vaginal	27	43
Vía sublingual	9	21

Tabla 5. Dosis de Misoprostol administrado

s de Misoprostol	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	4 Dosis
Vía vaginal	8	58	4	0
Vía sublingual	0	6	18	6

Gráfico 2

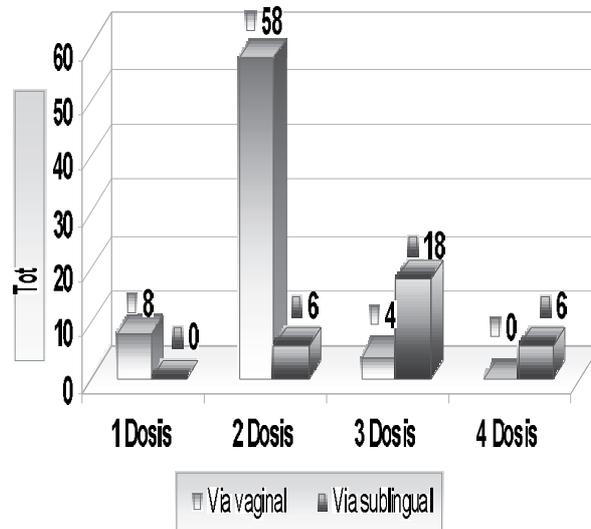


Tabla 6. Tiempo transcurrido hasta el momento del parto

Tiempo	5 Hrs	6 - 9 Hrs	10- 13 Hrs	14 - 17 Hrs	> 18 Hrs
Vía vaginal	4	9	49	8	0
Vía sublingual	0	3	3	9	15

Gráfico 3

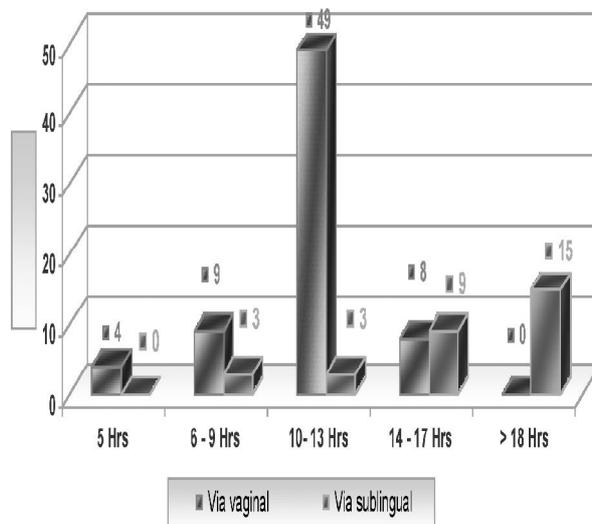


Tabla 7. Via del Parto

	Parto	Cesárea
Vía vaginal	57	13
Vía sublingual	21	9

Tabla 8. Empleo de Oxitocina

Mas oxitocina	Parto	Cesárea	Total
Vía vaginal	5	2	7
Vía sublingual	4	3	7

Tabla 9. Características del Líquido Amniótico

	Vía vaginal	Vía sublingual
Meconiado	12	3
C.de cordón	8	2
Alt. F.C.F	3	0
No meconiado	58	27
C. de cordón	5	3
Alt. F.C.F	1	0

Tabla 10. Complicaciones Secundareas

	Vía vaginal	Vía sublingual
Hipertonía	2	0
Hipersistolia	2	0

Tabla 11. APGAR del R.N.

APGAR	Puntaje	Via vaginal	Via sublingual
Al min	5 a 6	4	0
	7 a 8	49	21
	9 a 10	17	9
A los 5 min	5 a 6	0	0
	7a 8	18	24
	9 a 10	52	6

Tabla 12. Peso del R.N.

Peso del RN	2500-3000	3000-4000.	> 4000 grs.
Vía vaginal	8	59	3
Vía sublingual	6	24	0

Tabla 13. Score de Bishop por via Vaginal

Control	3 Horas				6 Horas				9 Horas				12 Horas				15 Horas			
Bishop	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15
Pacientes	6	33	27	4	5	6	30	25	2	3	4	48	0	0	2	6	0	0	1	7
Nacieron	Ninguno nació				Nacieron 4				Nacieron 9+4 anterior				Nacieron 49 + 13				Nacieron 8 + 62			
Total	70 no dieron a luz				66 no tuvieron aun su parto				57 no tuvieron aun su parto				8 no tuvieron aun su parto				70 pacientes dieron a luz			

Tabla 14. Score de Bishop por via Sublingual

Control	6 Horas				9 Horas				12 Horas				15 Horas				> 18 Horas			
Bishop	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15	5-7	8-10	11-12	13-15
Pacientes	18	6	3	3	12	6	3	6	3	3	6	12	0	0	6	9	0	0	0	15
Nacieron	Nacieron 0				Nacieron 3				Nacieron 3+3				Nacieron 9+6				Nacieron 15+15			
Total	30 no tuvieron aun su parto				27 no tuvieron aun su parto				24 no tuvieron aun su parto				15 no tuvieron aun su parto				30 pacientes dieron a luz			

Bibliografía:

- F. Gary Cunningham, y Cols. OBSTETRICIA WILLIAMS. Panamericana. 21 ed. Págs. 405-415.
- González – Merlo, J. OBSTETRICIA. Masson, S.A, 4 ed. Págs.
- Alfredo Pérez Sánchez. OBSTETRICIA. Ediciones Mediterráneo. Chile.1992. Pags.301-318
- Aníbal Faundes y Cols. FEDERACION LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología.2005
- Carrión Cevallos J. Uso de misoprostol en la maduración cervical en embarazos con óbitos fetales. REVISTA ECUATORIANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 1999, Págs. 55-57.
- Porto M. Cuello uterino desfavorable: Métodos de maduración. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA: Embarazo prolongado. México: Nueva Editorial Interamericana, 1989.
- Echeverría E, Rocha M: Estudio comparativo de inducción de parto en embarazos en vías de prolongación con diferentes dosis de misoprostol. REV CHIL OBSTET GINECOL 1996. Págs. 101-104