



COMENTARIOS SOBRE EL ARTÍCULO “MISOPROSTOL INTRAVAGINAL ADMINISTRADO AMBULATORIAMENTE PARA INDUCCIÓN SELECTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON EMBARAZO A TÉRMINO. ESTUDIO DE COHORTE”

Comments on “Vaginal misoprostol in pregnant
low risk outpatients at term for selective induction
of labor. Cohort Study”

Estimado Señor Editor

Encontré interesante el artículo publicado por Moreno-Escallón en el volumen 63, número 1 de enero-marzo 2012 de la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* sobre el uso de misoprostol intravaginal para la inducción del trabajo de parto (1), y consideré importante hacer una revisión respecto al uso de este medicamento.

En los últimos años se ha observado un incremento de la inducción del parto por complicaciones médicas u obstétricas del embarazo, para lo cual se han utilizado diversos medicamentos (2).

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E_1 que en un inicio fue empleado como tratamiento de úlcera péptica y para prevenir complicaciones gastrointestinales en pacientes que ingerían AINEs (3, 4), y en los últimos años ha sido muy estudiado como medicamento para la inducción del parto por su efecto en la madurez cervical y la contractilidad uterina (4).

Este fármaco tiene la ventaja de ser económico, se puede mantener a temperatura ambiente y existen diversas vías de administración: vaginal, oral, sublingual o rectal (3).

Se han realizado diversos estudios para la búsqueda de una dosis y vía de administración adecuadas. Jindal *et al.* realizaron un ensayo clínico randomizado doble ciego comparando el uso de 50 μg de misoprostol vía oral frente a vía vaginal en gestantes a término con un *score* de Bishop ≤ 4 , y encontraron que el uso del fármaco por vía vaginal se asocia con una inducción exitosa, menor intervalo de inducción y un menor porcentaje de fallas en comparación con la vía oral. Esto puede explicarse por la absorción más rápida que tendría la vía intravaginal (3). Otros estudios reportan el uso de misoprostol vía oral; comparado con la vía intravaginal, se asocia con menos anomalías de la contractilidad, pero que requieren un aumento del uso de oxitocina (2).

Con respecto a otras vías de administración, una revisión sistemática concluye que no existen diferencias significativas entre el uso de misoprostol sublingual a dosis de 50 μg comparado con 50 a 100 μg vía oral (2).

Por otro lado, un estudio reporta que el uso cada 6 horas de 50 μg de misoprostol por vía vaginal, comparado con 25 μg se asocia con un menor intervalo de parto vaginal, además de máxima mejora del *score* de Bishop y un menor requerimiento de oxitocina (5). Sin

embargo, es importante tener en cuenta que mayores dosis de misoprostol se asocian con complicaciones como contracciones uterinas anormales y ruptura uterina (3), por lo que sería recomendable utilizar dosis de 25 μg en un intervalo no menor de 6 horas (6).

En nuestro país, la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Materno Perinatal establece el uso de 25 μg de misoprostol por vía intravaginal cuando el *score* de Bishop es < 5 puntos, reevaluando cada 6 horas y valorando la necesidad de una segunda y hasta una tercera dosis del fármaco según dicho *score*. Alcanzado un *score* de Bishop de 7 se procede a utilizar oxitocina en bomba de infusión hasta alcanzar una dinámica uterina adecuada (3 contracciones / 10 min de 40 seg de duración y ++ a +++ de intensidad) sin sobrepasar la dosis máxima de 40 mUI/min (7).

Jeanette Montoya-Fernández

Estudiante, 6° año de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.

Franco León-Jiménez

Médico internista, Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.

Correspondencia:

jeanettemontoyafernandez@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Moreno-Escallón B. Misoprostol intravaginal administrado ambulatoriamente para la inducción selectiva del trabajo de parto en pacientes con embarazo a término. Estudio de cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol [en línea]. 2012 enero-marzo [visitado 2012 Oct 22]; 63: 64-72. Disponible en: <http://www.sci.unal.edu.co/pdf/rcog/v63n1/v63n1a06.pdf>
2. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, et al. Methods of induction of labour: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth [en línea]. 2011 octubre [visitado 2012 Oct 22]; 11:84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3224350/pdf/1471-2393-11-84.pdf>
3. Jindal P, Avasthi K, Kaur M. A Comparison of Vaginal vs. Oral Misoprostol for Induction of Labor-Double Blind Randomized Trial. J Obstet Gynaecol India [en línea]. 2011 octubre [visitado 2012 Oct 22]; 61:538-42. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257338/pdf/13224_2011_Article_81.pdf
4. Nápoles D. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2006 [visitado 2012 Oct 23]; 32. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin05206.htm
5. Saxena P, Puri M, Bajaj M, Mishra A, Trivedi SS. A randomized clinical trial to compare the efficacy of different doses of intravaginal misoprostol with intracervical dinoprostone for cervical ripening and labor induction. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2011;15:759-63.
6. Nápoles D, Couto D, Montes de Oca A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. Medisan [en línea]. 2012 mayo [visitado 2012 Oct 24]; 16: 736-752. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n5/san12512.pdf>
7. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú: Ministerio de Salud; 2010.