

EL APORTE DEL MISOPROSTOL EN LA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

The contribution of misoprostol in obstetrics and gynecology

Enrique Guevara Ríos^{1a}

El misoprostol (MSP) es una prostaglandina E1 (PgE1), sintética, que fue desarrollada para la prevención y tratamiento de la úlcera duodenal asociada al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. En la actualidad es una droga importante en la práctica ginecológica y obstétrica debido a sus acciones uterotónicas y en la maduración cervical. Es un medicamento de uso muy frecuente por médicos ginecólogos y obstetras en todo el mundo^{1,2} ya que su uso a mejorado notablemente la salud de la mujer, al disminuir principalmente las complicaciones de tipo hemorrágicas en la gestante.

Tiene la capacidad para producir contracciones uterinas, lo que ha hecho que sea un fármaco ampliamente usado en Obstetricia y Ginecología. Especialmente en las complicaciones derivadas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, como el aborto incompleto y el aborto retenido³, en la inducción del trabajo de parto⁴ y en el control de la hemorragia posparto⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO)⁷ recomiendan su inclusión como parte de los medicamentos esenciales de uso obstétrico. Sin embargo, a pesar de las evidencias demostradas, su uso continúa siendo limitado, debido al desconocimiento de sus propiedades y ventajas entre los médicos gineco-obstetras.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, establecimiento de salud de categoría III-2 y centro de referencia de complicaciones obstétricas y neonatales a nivel nacional, es usado ampliamente y su uso se inició en la inducción del trabajo de parto en casos de embarazo a término en el Servicio de Obstetricia C en el 2009⁸, concluyéndose que el MSP vaginal a dosis de 25 µg es eficaz y seguro para la inducción de parto. También se está utilizando en la inducción del aborto terapéutico desde el 2009⁹ y en el manejo de la hemorragia post parto como se describe en las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología¹⁰. Asimismo, el MSP se viene usando en la maduración cervical previa a la instrumentación en ginecología¹¹.

El bajo costo del MSP, su buena estabilidad a la temperatura ambiente, además del bajo riesgo de presentar complicaciones, ha permitido que su empleo se vea cada vez más frecuente¹².

La contribución del MSP a la obstetricia y ginecología es tan importante que podría hablarse de un antes y un después del uso del MSP. Ha salvado muchas vidas, especialmente en el manejo de las hemorragias tanto las producidas por el aborto como las hemorragias post parto, y esta última es la primera causa de muerte materna a nivel mundial¹³. En los próximos años se debe estar consolidando su uso a nivel nacional y es necesario realizar estudios de investigación que recojan las lecciones aprendidas sobre su uso.

Financiamiento: Autofinanciado

Conflicto de interés: El autor declara no tener algún conflicto de interés.

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

^a Médico Ginecólogo-Obstetra. Director del Instituto Nacional Materno Perinatal. Coordinador de Asistencia Técnica del Instituto de Salud Popular. Consultor de Pathfinder International. Docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú.

Citar como: Guevara R. El aporte del misoprostol en la obstetricia y ginecología. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(4): 7-8
DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2019166>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Oct 6;(10).
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health/National Institute for Health and Clinical Excellence (NCCWCH/NICE). Induction of labour. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Jul. 32 p. (Clinical guideline N°. 70).
3. World Health Organization (WHO). WHO/RHR. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2nd edition), 2012.
4. ACOG. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Issues Revision of Labor Induction Guidelines. Induction of Labor. Bulletin Number 107, August 2009.
5. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO. Guidelines on the prevention and treatment Of PPH with misoprostol. 2012.
6. World Health Organization (WHO). WHO Model List of Essential Medicines 17th List (March 2011). World Health Organization, Geneva. 2000. Available online at http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf.
7. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO. Guidelines on the prevention and treatment Of PPH with misoprostol. 2012.
8. Pérez C., Kobayashi L., Luna A., Guevara E. Misoprostol en inducción de parto en gestantes a término en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo 2009 - marzo 2010. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2012;1(1):35-39.
9. Guevara E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. *Rev Peru Ginecol Obstet*. vol.62 no.1 Lima ene./mar. 2016.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2ª Edición. Setiembre 2018. ISBN: 987-612-47674-0-1.
11. Al-Fozan H et al. Preparación del cuello uterino con diferentes agentes de maduración antes de la histeroscopia operatoria. 23 abril 2015, <https://www.cochrane.org/es/CD005998>.
12. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 3ª Edición. Mayo 2013.
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. 19 setiembre 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>