



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica obstétrica diaria, encontramos circunstancias en la que es necesario evacuar el útero por alguna indicación médica: Aborto frustrado, mola hidatiforme, óbito fetal, anencefalia, gestación no evolutiva. O gestaciones con pocas probabilidades de supervivencia fetal, aborto terapéutico, éstas son complicaciones obstétricas frecuentes que conllevan a una serie de peligros para la madre, si dejamos que se resuelva, de modo espontáneo (14,28).

Se ha visto en épocas pasadas que estos eran expulsados dentro de las primeras tres semanas y que este intervalo era cada vez mayor a menor edad gestacional del producto muerto, por lo cual también se observó el riesgo e incremento de los trastornos de coagulación a partir de las cinco semanas del óbito (28).

Es por ese motivo que hace más de un siglo se han utilizado diversos métodos para maduración cervical entre ellos tenemos diferentes mecanismos como: amniotomía, despegamiento de membranas, inserción extraamniótica de



dilatadores: (catéter y balones), tallos de laminaria, oxitocina, estimulación mamaria, hormonas o el tratamiento quirúrgico para la extracción del producto mediante pinza foester y legras fenestradas cortantes, siendo este proceso muy traumático (8, 14, 28).

Desde que se describió la estimulación del músculo liso por las prostaglandinas y su concentración elevada en el líquido menstrual, muchos investigadores han comprobado la notable asociación de valores altos de prostaglandinas en el líquido menstrual de pacientes con dismenorrea o menstruaciones dolorosas (40).

Es sabido que la biosíntesis uterina de prostaglandinas tiene lugar principalmente en el endometrio (33) y diversos estudios han demostrado que la capacidad del útero para producir prostaglandinas varía según la etapa reproductora. Las concentraciones de prostaglandinas en el endometrio varían durante el ciclo menstrual, y se ha comprobado que los valores de $PGF_{2\alpha}$ (aumentan durante la última parte de la fase luteínica. También se ha señalado que la biosíntesis de prostaglandina por el endometrio aumenta en mujeres con dispositivos intrauterinos. (45)



El Estrógeno y la progesterona desempeñan papeles importantes en la modulación de la biosíntesis uterina de prostaglandinas; el estrógeno parece intervenir en la estimulación de su síntesis, mientras que la progesterona parece modular no sólo la cantidad sino también la proporción entre PGE₂ y PGF_{2α} (40).

Las prostaglandinas son compuestos de 20 carbonos liberados por el miometrio y las células deciduales para actuar sobre receptores celulares específicos, las cuales se forman por acción de la sintetasa de la prostaglandina sobre el precursor ácido araquidónico. Las prostaglandinas se degradan rápidamente y su versión se producen en la mayor parte de los tejidos. Puede confiarse en que los preparados de prostaglandinas produzcan contracciones uterinas y expulsión de productos de la concepción en cualquier etapa del embarazo (22).

Después de la introducción de las prostaglandinas como agentes del trabajo de parto se reportó el marcado efecto que tienen en la maduración cervical no mediadas por las contracciones uterinas, ensayándose dosis progresivas y vías diversas de administración como: oral, endovenosa, intravaginal (intracervical, fondo de



saco posterior) intraamniótica, entre otras; realizándose estudios a nivel mundial y local las prostaglandinas F_{2α}, E₂, E₁; siendo de estas la más aceptada el uso del misoprostol un análogo de la prostaglandina E₁ (PGE) (2, 35, 39, 41).

La introducción en el mercado del misoprostol (Cytotec, Searle, Chicago, IL), análogo de la prostaglandina, E₁, cuya fórmula es \pm methyl 11 alpha, 16 - dihydroxy - 16 methyl - Oxoprost - 13E- en 1 oate, fue originalmente desarrollado y ampliamente usado como agente citoprotector y antisecretor para el tratamiento de úlcera péptica -asociado a analgésicos antiinflamatorios no esteroides (11 31, 34) posteriormente se abrió la puerta a investigaciones como agente uterotónico para producir contracciones uterinas y como madurador cervical en la inducción de la labor de parto (12, 18) y aborto (36). Un aspecto importante es el costo bajo del tratamiento (US\$ 1,00 la tableta), a la dosis en que se obtiene sus beneficios (15, 28).

En investigaciones realizadas con prostaglandinas, estas se usaban como abortivos primarios, primero como posibles agentes luteolíticos que interrumpían el



mantenimiento hormonal del embarazo y luego con mejores resultados como agentes uterotónicos, en dosis suficientemente elevadas para estimular las contracciones uterinas y maduración cervical.

También pueden presentarse efectos adversos bien conocidos, como vómitos, diarrea, fiebre, entre otros (escalofrío, taquicardia y sangrado abundante) (27, 36,37)

En un estudio el 76% de las pacientes con aborto frustrado expulsó el producto y la mayoría lo hizo dentro de las primeras 10 horas, cabe mencionar que en dicho estudio se usó el medicamento por vía oral (200 mcg cada 3 horas, hasta un máximo de 800 mcg) (15, 38), en estas experiencias la literatura brasileña con el uso del misoprostol revelan cifras de intentos fallidos en la evacuación uterina que oscilan entre 6% vía oral y 5,4% vía vaginal (44). Por otro lado (36) usaron el misoprostol en 56 pacientes administrando 50 mcg vía intravaginal, cada 2 horas, resultando que el 79% de ellas tuvieron maduración cervical en 24 horas, (23) administraron misoprostol 100 mcg vía vaginal Vs intracervical a 100 mujeres del segundo trimestre, de



las cuales 83% dieron resultados dentro de las 18 horas.

Es por ello que el frecuente uso de prostaglandinas como estimulantes o inductores uterinos motivó la idea del presente estudio que trata de determinar el grado de **EFICACIA DEL MISOPROSTOL EN LA EVACUACIÓN ENDOUTERINA EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTRO y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA**, de tal modo que en pacientes que requirieron una evacuación pronta y eficaz del producto, ya sea el misoprostol un fármaco de elección en la maduración cervical, disminuyendo así el intervalo de tiempo de administración, maduración cervical, la tasa de inducciones fallidas y por consiguiente la tasa de morbilidad materna, por la cual se llevó a cabo la revisión de historias clínicas del archivo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud durante el período de Enero 1998 Diciembre 1999.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la formulación del problema es conveniente hacernos la siguiente interrogante:

¿Cuán es la eficacia del misoprostol en el aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud durante el período de Enero 1998- Diciembre 1999?

HIPÓTESIS

El misoprostol en la evacuación endouterina es eficaz en gestantes con aborto frustrado y en gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Enero 1998- Diciembre 1999.

OBJETIVOS

- Objetivo General:

Evaluar la eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva.

- Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

- Evaluar el tiempo de evacuación del producto y/o maduración cervical en gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva.
- Identificar las complicaciones del uso de misoprostol.
- Comparar la dosis, la vía de administración y la respuesta del misoprostol en gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva.