Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

CARTA AL DIRECTOR

Preinducción del parto con misoprostol. Una opción útil en la maduración cervical anteparto

Pre-induction of labor with misoprostol. A useful option in antepartum cervical ripening

Yoan Hernández Cabrera[1] Marioly Ruiz Hernández[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Hernández-Cabrera Y, Ruiz-Hernández M. Preinducción del parto con misoprostol. Una opción útil en la maduración cervical anteparto. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 7]; 15(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3460

Aprobado: 2016-11-30 08:43:19

Correspondencia: Yoan Hernández Cabrera. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos yoan.hernandez@gal.sld.cu

Sr. Director:

La decisión de la interrupción del embarazo, ya sea mediante la inducción o la cesárea, debe surgir de la discusión colectiva de obstetras y perinatólogos, basada en indicaciones médicas precisas (maternas o fetales) y las condiciones obstétricas existentes, sin tener en cuenta las preocupaciones o inseguridades familiares y/o profesionales que no sean sustentadas por la medicina perinatal.

Los fenómenos fisiológicos del parto pueden aparecer de manera espontánea o ser inducidos desde el punto de vista médico, con el fin de lograr un parto lo más cercano posible a la normalidad. Deben evaluarse de manera oportuna las indicaciones de la inducción, la selección del método a emplear, los riesgos potenciales y las consecuencias de aceptar o declinar este proceder.

La inducción del parto es ampliamente utilizada en todo el mundo, en aquellos casos en que la continuación del embarazo sea peligrosa para la madre o el feto. Las tasas de inducción del parto varían de un país a otro, incluso de una institución a otra dentro un mismo país.[1,2] En el Reino Unido, uno de cada cinco partos fue inducido en el año 2004 y 2005, mientras que en Egipto la frecuencia aumentó en forma constante, llegando a 18 % en el 2005.[3] En Estados Unidos, la incidencia de inducción del trabajo de parto aumentó más del doble, de 9.5% en 1991 a 23.2% en 2011.[1]

Los informes estadísticos del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, revelan un aumento de la frecuencia en las tasas de inducciones del parto, las cuales se incrementaron el último quinquenio, de 17,2 % hasta 26,39 % en el año 2015.

La evaluación del estado del cuello uterino anteparto, es un elemento determinante para el éxito en la inducción. El test de Bishop modificado (longitud, consistencia, permeabilidad, posición del cuello uterino, así como el grado de descenso de la presentación), es considerado un elemento predictor de la respuesta cervical a la inducción del parto. Si el cuello es inmaduro (Bishop con puntaje ≤ 6), se ha demostrado una respuesta ineficiente al procedimiento inductivo, generando largas horas de duración del proceder, altos índices de operación cesárea (generalmente con diagnóstico de inducción fallida), así como complicaciones maternas y perinatales.

Es por ello que la comunidad médica dedicada a la medicina materno-fetal, ha introducido múltiples alternativas con el objetivo de mejorar el estado del cuello uterino, tales como: estrógenos locales y sistémicos, relaxina, acupuntura, homeopatía (caulophyllum) y otros, así como la maduración con oxitocina; sin embargo, las prostaglandinas E_2 y más recientemente las E_1 (misoprostol), constituyen terapéuticas actuales en el proceso de remodelación cervical.

En Cuba, en el año 2006 se suspendió el uso de misoprostol para la preinducción e inducción del parto; sin embargo, esta decisión fue reevaluada en el 2012, lo que permitió la aprobación y protocolización de su empleo en el periparto, pero solo por vía vaginal y en tabletas de 25 µg. Recientemente se llevó a cabo en 10 hospitales del país, la implementación de este protocolo, con las regulaciones correspondientes que permitan su evaluación y generalización posterior.[4]

La utilización del misoprostol vaginal en dosis de 25µg (máximo tres dosis con intervalos de 24 horas), en la preinducción del parto, favorece la remodelación cervical que actúa sobre los glucosaminoglicanos, disminuye la fibra colágena, que produce reblandecimiento del cuello cervical (maduración), y consecuentemente, la reducción de la labor de parto; así mismo, disminuyen las necesidades del uso de oxitocina, las cesáreas urgentes y la morbilidad fetal y neonatal.

Por tanto, la preinducción del parto con misoprostol, actúa como elemento facilitador de la inducción definitiva, considerándose como criterio de éxito alcanzar un test cervical igual o mayor de 7 puntos, lo que permite el uso de oxitocina para la inducción del parto, aunque la mayoría de las pacientes logran iniciar la fase activa del parto durante la pre inducción.

A partir de la implementación del protocolo nacional para pre inducción e inducción continua del parto con misoprostol en junio del 2016, el centro materno infantil de la provincia de Cienfuegos ha logrado disminuir el indicador de inducción del parto, el índice de cesáreas primitivas y la morbimortalidad perinatal, elementos básicos en la calidad del funcionamiento de los servicios obstétricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Inducción y aumento del trabajo de parto. In: Williams. Obstetricia [Internet]. 24a. ed. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 2015. [cited 20 Dic 2016] Available from: http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100459628.

2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. [cited 20 Dic 2016] Available from: http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.

3. Abdel-Aleem H. Misoprostol para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto: Comentario de la BSR [Internet]. Ginebra: OMS; 2009. [cited 20 Dic 2016] Available from: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/CD000941_abdel-aleemh_com/es/.

4. Nápoles D, Piloto M. Misofar® en el periparto. Medisan [revista en Internet]. 2016 [cited 23 Dic 2016] ; 20 (7): [aprox. 20p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n7/san16207.pdf.