
Estudio comparativo del uso de Misoprosol vs Oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazo a término más rotura prematura de membrana

Comparative study of Misoprosol vs Oxytocin use in the induction of labor in full term pregnancy with premature rupture of membrane

Roxanna Moreira Lam *
Cecibel Tomalá Briones *
Wendy Auz Palomeque *
Alberto Medrano R. **

Resumen

Durante el período de julio 2001 a enero 2002 se realizó un estudio prospectivo al azar que tiene por objeto establecer la eficacia del misoprostol sobre oxitocina en la inducción del trabajo de parto en pacientes con embarazo a término más ruptura prematura de membrana, y disminuir la tasa de incidencia de cesáreas en mujeres con embarazos a término más RPM.

El manejo de este tipo de pacientes es sorprendentemente controvertido ya que se debe sopesar el riesgo de infección materno-fetal, sufrimiento fetal, muerte fetal intrauterina contra el potencial aumento de la tasa de cesárea, otro aspecto que también se debe tomar en cuenta es el costo - efectividad.

Además también cabe recalcar que son pocos los estudios publicados sobre el tratamiento de la RPM en embarazos a término especialmente con misoprostol ya que en un principio se lo contraindicaba en pacientes con RPM por la posibilidad de hipertónia uterina, polisistolía, y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Al final del estudio se pudo concluir que no existe una diferencia significativa entre ambas drogas.

Palabras clave: Misoprostol, Oxitocina, RPM,

Summary

During the period between July 2001 and January 2002 we realized a prospective study which objective was to establish the effectiveness of misoprostol over oxytocin in the induction of labor in patients with full term pregnancy, plus premature rupture of membranes, and to diminish the incidence of C-sections in women with full term pregnancies plus PRM.

The handling of these patients is surprisingly controversial since the risks should be considered of maternal-fetal infection, fetal suffering, intra-uterine fetal death against the potential increment of Cessarean, another aspect that we should also care of is the cost - effectiveness.

It is also necessary emphasize that they are few published studies about the treatment of PRM, specially in full term pregnancies with misoprostol since in the beginning it is contraindicated in patients with PRM because of the possibility of uterine hypertonia, polyistolia, and premature detachment of normal inserted placenta.

Introducción

La ruptura prematura de membrana (RPM) se define como ruptura espontánea del córion y amnios que sucede antes del inicio del trabajo de parto, se presenta en el 5-10 % de los embarazos y en un 60% de estos en mujeres con embarazo a término (1, 2, 7).

Es importante también definir el periodo de latencia que es el tiempo que transcurre entre el momento de la expulsión de líquido amniótico y el comienzo del trabajo de parto (1, 9).

La causa de la RPM no está muy establecida pero existen diversos factores que contribuyen su aparición entre los que tenemos aumento de

presión intra-amniótica, infección de las membranas ovulares, presentaciones anormales, edad, paridad, anomalías uterinas, sobredistensión del útero: polihidramnios y embarazo múltiple, vaginosis bacteriana, incompetencia cervical (4). Es una complicación que representa un riesgo materno y feto neonatal por la morbimortalidad (3). Antes de iniciar el tratamiento debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Presencia o ausencia de infección
- Periodo de latencia
- Edad gestacional
- Peso calculado del feto
- Actividad uterina o cambios en el cuello
- Patología materna y fetal.
- Recursos humanos y técnicos (2).

Cuando no hay infección ovular con madurez fetal ya que la gestación es de término y el peso fetal es superior a 2000g, no se ha iniciado espontáneamente el parto, debe terminarse la gestación por una inducción con oxitocina o prostaglandinas y lo recomendable es también utilizar antibioticoterapia (6, 10). Cuando no hay infección ovular pero el feto es inmaduro debemos tener en cuenta que la viabilidad fetal se alcanza a las 34 semanas, es recomendable mantener una conducta expectante ya que para minimizar los riesgos se debe hospitalizar a la paciente 48-72 horas guardando reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo para mejorar la perfusión uteroplacenteria y evitar el prolapso de cordón, vigilar actividad uterina y control terapéutico (6, 7). Cuando hay infección es imperioso terminar el embarazo ya que esto implica una complicación grave para el feto y la madre y aquí se deberá valorar las condiciones del cuello uterino, ya que si sabemos que la inducción demorará mucho es mejor realizar una cesárea (6, 8). Las indicaciones más frecuentes para la inducción son: hipertensión inducida por embarazo leve, rotura prematura de membrana, corioamnionitis aguda, sospecha de sufrimiento fetal, problemas médicos maternos con diabetes sacarina, óbito fetal (5, 11, 12).

Estudio de casos

El presente estudio se realizó en forma prospectiva al azar, se evaluaron en total 95 pacientes con diagnóstico de embarazo a término más rotura prematura de membrana que fueron ingresadas en el hospital materno infantil Mariana de Jesús, entre julio 2001-enero 2002 que debieron cumplir con ciertos criterios y a las cuales se les estudió su edad, paridad, edad gestacional, latencia de rotura

prematura de membrana, índice Bishop, duración del trabajo de parto, inicio de la inducción, inicio del parto.

Los criterios de inclusión fueron:

- Embarazos comprendidos entre 38-41 semanas de gestación
- Ausencia de trabajo de parto
- Presentación cefálica
- Feto único
- Ruptura prematura de membrana no más de 12 horas
- Consentimiento de la paciente.

Los criterios de exclusión fueron:

- Desproporción Céfalo-pélvica
- Sufrimiento fetal agudo
- Desprendimiento de placenta Normoinserta
- Presentaciones anormales
- Cicatriz uterina previa
- Embarazo gemelar
- Sospecha macrosomía fetal
- Dos o más contracciones en 10 min.

Cabe recalcar también que se consideró:

Taquisistolia.- 6 contracciones en 10min en 2 periodos consecutivos.

Hipertonía.- Una contracción de dos minutos de duración.

Hiperestimulación.- Hipertonía o taquisistólica asociada a taquicardia fetal o desaceleración tardía de la frecuencia cardíaca fetal.

El diagnóstico de RPM se realizó mediante examen con espéculo estéril al observar la salida evidente de líquido amniótico. A las 95 pacientes se les clasificó en 2 grupos, un grupo con aquellas pacientes que recibieron oxitocina en infusión intravenosa: Dextrosa 5% 1000cc + 10 U oxitocina en el que se inició con 2mu y luego de 40min se incrementó al doble cada 40min hasta lograr una actividad uterina de fase activa. El grupo experimental lo constituyeron pacientes que recibieron misoprostol ¼ tableta de 200mcg (30mcg) que se colocó en el orificio cervical externo. El tacto vaginal fue limitado por la posibilidad de infección fetal materna, por lo que los datos de dilatación cervical y altura de la presentación se registraron en un partograma.

El análisis estadístico utilizado fue mediante la comparación del grupo de control con oxitocina y el grupo experimental con misoprostol utilizando las medidas de tendencia central; chi cuadrado; desviación estándar; significancia estadística.

Resultados

Un total de 95 pacientes cumplieron los criterios de inclusión de estas 45 se asignaron al grupo control

al que se le aplicó oxitocina y 50 al grupo experimental al que se le aplicó misoprostol. La distribución por gestación en el grupo con oxitocina 35 pacientes (77,7%) fueron primigestas y 10 (22,2%) fueron multigestas. En el grupo con oxitocina 10 pacientes (22,2%) con 38 semanas de gestación; 25 pacientes (55,5%) con 39 semanas de gestación; 5 pacientes (11,1%) con 40 semanas de gestación; 5 pacientes 11,1% con 41 semanas de gestación. En el grupo con misoprostol 22 pacientes (44%) con 38 semanas de gestación, 15 pacientes (30%) con 39 semanas de gestación; 7 pacientes (14%) con 40 semanas de gestación; 6 pacientes (12%) con 41 semanas de gestación. En donde concluimos que en el grupo con oxitocina la edad gestacional que prevalece es 39 semanas de gestación; y en el grupo con misoprostol vemos que prevalece 38 semanas de gestación.

El inicio del trabajo de parto desde la aplicación de la droga en las primigestas en el grupo con oxitocina en 17 pacientes (37,7%) y en el grupo con misoprostol 23 pacientes (46%) lo iniciaron a los 45-50 minutos. En las multigestas el inicio del trabajo de parto fue a los 40-45 minutos en 15 pacientes (33,3%) del grupo con oxitocina y 16 pacientes (32%) en el grupo con misoprostol. En el grupo con oxitocina 39 pacientes (86,6%) terminaron en parto vaginal y 6 pacientes (13,3%) terminaron en cesárea, en el grupo con misoprostol 46 pacientes (92%) terminaron en parto y 4 pacientes (8%) en cesárea como podemos apreciar no hubo una diferencia significativa. La duración del trabajo de parto desde el inicio del mismo o presencia de actividad uterina se aprecia que tanto en las primigestas como en las multigestas hubo menor tiempo con misoprostol que con oxitocina pero no fue una diferencia significativa. Entre las complicaciones que se presentaron tenemos en el grupo con oxitocina 3 pacientes (6,6%) presentaron taquisistolia; y en el grupo con misoprostol 3 pacientes (6%) presentaron alteración de la frecuencia cardíaca fetal los cuales cedieron con maniobras de reanimación como oxígeno, posición decúbito lateral izquierdo de la madre. Los efectos secundarios más frecuentes fueron náuseas en 7 pacientes; 5 del grupo de oxitocina (11,1%) y 2 (4%) en el de misoprostol; 4 pacientes presentaron náuseas 3 (6,6%) en el grupo de oxitocina; 1 (2%) en el grupo con misoprostol. Las indicaciones para cesárea fueron en su mayoría

del grupo de oxitocina en 4 pacientes (8,8%) y 1 paciente (2%) del grupo con misoprostol presentando alteración de la presentación.

Conclusiones

Podemos concluir que no existe una diferencia significativa entre ambas drogas y que en cuanto a la duración del trabajo de parto el misoprostol demostró ser más efectiva, de menor costo y tan eficaz como la oxitocina en infusión intravenosa por lo tanto resulta aconsejable su uso. Pero cabe recalcar que con misoprostol el tiempo de duración del parto fue menor y el inicio del trabajo de parto tampoco tuvo diferencia significativa pero fue más efectiva con misoprostol. Además el misoprostol produce menos efectos colaterales que la oxitocina.

Referencias bibliográficas

1. Arias F: Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, 2ª ed, Mosby/Doyma, España 45-50, 1994
2. Botero U: Obstet y Ginecol. 4ª ed, Carvajal, Colombia 241-245, 1990
3. Bustamante J: Obst y Ginecol. 6ª ed, Texto Integrado, Colombia 1-12, 2000
4. Dolzim W: Causas de Rotura Prematura de membrana. Uniwonort Obst y Ginecol, Florida 3: 403-407, 2000
5. Douglas L: Inducción del trabajo de Parto. Clin Nort Obst y Ginecol, Florida 3: 451-458, 1997
6. Douglas R: Complicaciones de la Rotura prematura de membranas. Clin Nort Obst y Ginecol, Florida 4: 773-779, 1998
7. Duff P: Ruptura Prematura de Membrana Inducción del trabajo de Parto o Tratamiento expectante. Clin Nort Obst y Ginecol, Florida 4: 835-840, 1998
8. Lenes S: Management of Prebabor Rupture of Membrane at Term. Acta Obst Ginecol Scand, Florida 72: 627-632, 1993
9. Pritchard J: Williams Obstetricia. 3ª ed, Salvat, Barcelona - España 773-734, 1986
10. Rodríguez R: Inducción del trabajo de parto en pacientes con RPM a término: oxitocina versus prostaglandinas E2 de liberación controlada. Rev Sanid Millit Mex, México 52: 18-22, 1999
11. Román C: Inducción del Trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membrana en embarazos a término con dinoprostona versus Oxitocina. Ginecol y Obst, México 67: 461-466, 1999
12. Valera D: Maduración cervical e Inducción del trabajo de Parto con misoprostol vía vaginal. Ginecol y Obst, Perú 43: 1-6, 1997

Dra. Roxana Moreira Lam
Teléfono: 593-04-2801362