

**MISOPROSTOL VAGINAL PARA INDUCCIÓN DEL
PARTO EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO: COMPARACIÓN CON OCITOCINA**

Tesis para obtener el Grado de Magíster en Salud Pública

Escuela de Salud Pública Universidad de Chile

Tesista: Dr. Claudio Domínguez Castro.

Tutora: Dra. Aída Kirschbaum K.

Hospital Barros Luco Trudeau

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Servicio Metropolitano de Salud Sur

Noviembre 2000

INDICE

	Página
Indice	2
Introducción	3
Propósitos y Objetivos	5
Hipótesis	5
Metodología	6
Presentación y análisis de resultados	12
Conclusiones y sugerencias	39
Bibliografía	41
Anexo	45

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, nuestro Servicio de maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau ha incorporado progresivamente el uso de misoprostol intravaginal como método de inducción en aborto retenido, óbito fetal, embarazo prolongado y ahora en el embarazo patológico de término.

En el equipo de salud existe la impresión de que el misoprostol produce un alto porcentaje de polisistolía e hiperestimulación, lo que produciría mayor riesgo de cesárea por compromiso de la unidad fetoplacentaria (UFP), debido a sufrimiento fetal agudo (SFA) e insuficiencia placentaria (IP).

Sin embargo, los obstetras y matronas notan que los trabajos de parto son aparentemente mucho más breves, contrariamente a lo que sucede con ocitocina, con la que son bastante frecuentes las cesáreas por inducción fracasada, luego de 3 días de maduración cervical infructuosa.

Este es un ensayo clínico controlado con misoprostol intravaginal como inductor de trabajo de parto (de acuerdo a un protocolo preestablecido), comparado con un grupo histórico con ocitocina, en embarazos de alto riesgo.

MARCO TEÓRICO

Las prostaglandinas naturales como la dinoprostona (Pg E2 en Gel, Prepidil M.R.) generan cambios bioquímicos y biofísicos locales sobre el cérvix, pues poseen una particular característica, cual es su capacidad de maduración o borramiento cervical preinducción. Es decir, producen significativo aumento del score de Bishop antes de desencadenar el trabajo de parto propiamente tal, ventaja que no posee la ocitocina (1,2,3,4).

Wing , compara misoprostol (prostaglandina sintètica) con dinoprostona, en su capacidad para obtener borramiento cervical preinducción e inducción de trabajo de parto, concluyendo que es tan efectivo como esta, a un precio notablemente menor. Además, señala que para obtener parto vaginal, con misoprostol se requiere ocitocina en menos casos y por menos tiempo (5).

Interesa comparar los resultados obtenidos por el misoprostol en la maduración cervical e inducción al parto, con el método tradicional de inducción ocitócica, aparentemente menos eficiente pero más seguro.

Las complicaciones asociadas con el uso de las prostaglandinas, como la polisistolía y el síndrome de hiperestimulación, obligan por seguridad a su incorporación controlada para inducir el parto en embarazos con patología. En esta línea, Kramer obtuvo 70% de polisistolía usando 100 ugr de misoprostol, versus 11 %, con ocitocina ($p < 0.01$)(6). A su vez, Sánchez-Ramos obtiene un 10.9% de hiperestimulación con 50 ugr de misoprostol cada 4 horas, versus 4.6% con ocitocina (N.S.)(7).

En nuestro medio, hay estudios randomizados que comparan el misoprostol con ocitocina como inductores, que concluyen que el primero es seguro y más eficaz (8,9).

Varios autores nacionales comunican su experiencia con el uso del misoprostol en embarazos en vías de prolongación , en embarazos con patología, (10,11,12,13,14,15,16), e incluso en pacientes con antecedente de una cesàrea (17), con adecuados índices de éxito en 24 horas, bajos porcentajes de vía alta, buen resultado perinatal y materno.

Sanchez-Ramos, efectúa un metaanálisis, incluyendo 8 estudios que abarcan 966 pacientes (488 casos y 478 controles) y confirma que el misoprostol intravaginal es seguro y eficaz para la maduración cervical y como inductor de trabajo de parto (18).

Siguiendo el concepto de la Medicina basada en la evidencia, The Cochrane Library revisa 26 estudios que comparan al misoprostol intravaginal con ocitocina. El estudio concluye que el misoprostol fue más efectivo que la ocitocina para lograr parto vaginal antes de 24 horas (RR de fracaso = 0,48 IC:0,35-0,66), pero que se asocia más con Sd de hiperestimulación (RR = 2,96 IC:2,11-4,14). El parto vaginal instrumental fue similar para ambos grupos. La proporción de cesàreas varió desde gran reducción hasta diferencias estadísticamente no significativas; lo anterior se explicaría por los diferentes manejos del síndrome de hiperestimulación en los distintos centros, en algunos de los que se subutilizarían métodos de reanimación intrauterina, con temprana indicación de vía alta. Los resultados maternos y perinatales no presentaron diferencias significativas para ambos grupos(19).

PROPÓSITOS Y OBJETIVOS

- 1.- Evidenciar la propiedad exclusiva del misoprostol para producir maduración cervical preinducción.
- 2.- Demostrar que el misoprostol es más eficiente que la ocitacina para obtener parto vaginal
- 3.- Demostrar que el misoprostol es tan seguro como la ocitocina y que no genera mayor compromiso de la UFP por SFA o por IP a pesar de la alta frecuencia de polisistolía e hiperestimulación.

HIPÓTESIS

El misoprostol es más eficiente que la ocitocina y tan seguro como ella para inducción y obtención de parto vaginal.

METODOLOGÍA

A. Diseño.

Ensayo clínico controlado con grupo histórico.

B. Definiciones operacionales.

Exito : parto vaginal espontáneo o instrumental dentro de las primeras 24 horas luego de depositar misoprostol 100 ug cada 12 horas o de iniciada la inducción ocitócica.

Fracaso : Parto vaginal o instrumental después de las primeras 24 horas desde la aplicación de misoprostol u ocitocina ; cesàrea antes o después de dicho límite de tiempo.

Inducción fracasada: inducción por 72 horas o más sin obtención de parto vaginal.

Polisistolía : más de 5 contracciones en 10 minutos, por 2 o más períodos consecutivos.

Síndrome de hiperestimulación: polisistolía o hipertonià, con compromiso progresivo de la UFP, generándose alteraciones del registro intraparto: variabilidad ausente, taquicardia o bradicardia fetal mantenida, desaceleraciones tardías o variables complicadas.

Latencia: tiempo desde el inicio de la inducción hasta alcanzar 3 cms. de dilatación cervical.

Score de Bishop: puntaje que se asigna al grado de madurez del cuello uterino al efectuar el tacto vaginal. Se da puntos de 0 a 2 a 5 características del cérvix: longitud, posición,

consistencia, dilatación y grado de apoyo de la presentación (cabeza fetal). El score máximo es 10. Se considera cérvix inmaduro con Bishop menor de 7.

C. Variables principales.

Variables Independientes	Variables Dependientes
Tipo de inductor	Latencia
Edad materna	Tiempo de trabajo de parto
Paridad	Polisistolía
Edad gestacional al parto	Hiperestimulación
Patologías maternas, fetales y ovulares	Medidas de reanimación intrauterina
Score de Bishop	Tiempo de membranas rotas intraparto
Anestesia de conducción	Tipo de parto
Causa de cesárea o fórceps	Éxito en 24 horas
Peso recién nacido	Compromiso UFP (SFA más IP)
Peso placenta	Apgar al minuto y 5 minutos
	Apgar menor de 7

D. Operacionalización de las variables

Objetivo	Variable Dependiente	Indicador
1.-Evidenciar capacidad de maduración preinducción de Misoprostol	1.-Tiempo de latencia	1.-Horas
2.-Demostrar que Misoprostol es más eficiente que ocitocina para obtener parto vaginal	-Tiempo trabajo de parto -Éxito (24 horas) -Parto por cesárea	-Horas -Porcentaje -Porcentaje
3.-Demostrar que Misoprostol es tan seguro como ocitocina para madre e hijo	-Polisistolía -Sd hiperestimulación -Meconio intraparto -Compromiso UFP -Apgar menor de 7	-Porcentaje -Porcentaje -Porcentaje -Porcentaje -Porcentaje

D. Unidad de análisis.

Pacientes de alto riesgo obstétrico inducidas con misoprostol o con ocitoci

E. Universo , muestra y grupo comparativo.

Universo es un total de 6566 pacientes con partos únicos, vivos del período en estudio del protocolo y la muestra 175 pacientes que ingresaron al protocolo de misoprostol. El grupo comparativo histórico corresponde a 199 pacientes con inducción ocitócica.

F. Procedimientos y obtención de información.

Se efectuó un estudio del tipo ensayo clínico controlado, comparado con grupo histórico (20).

Se elaboró un protocolo (Anexo # 1) de aplicación de misoprostol para borramiento cervical e inducción de parto: 100 ug en fondo de saco vaginal posterior cada 12 horas, para pacientes con patología obstétrica y/o médica, con embarazo único, vivo, entre 37 y 40 semanas, en presentación cefálica, con adecuada proporcionalidad cefalopélvica, score de Bishop menor de 7, sin trabajo de parto.

Durante el año epidemiológico comprendido entre el 1 de junio de 1998 y el 30 de junio de 1999, se atendieron 6566 partos. Ingresaron al protocolo un total de 175 pacientes (2,7%).

Se evaluó la unidad fetoplacentaria (UFP) con ecografía obstétrica (corroborando feto en cefálica, placenta normoinserta, líquido amniótico normal y peso estimado fetal menor de 4500 grs.) y registro basal no estresante.

En casos de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), se incluyeron solo aquellos sin oligoamnios y con estudio Doppler con flujo diastólico presente, con o sin otras patologías.

Se excluyeron pacientes con antecedente de cesárea u otra cicatriz uterina, con contraindicación de uso de prostaglandinas y embarazos en vías de prolongación con 41 semanas o más.

El manejo del trabajo de parto, conducción peridural y uso de ocitocina se efectuò segùn criterios de Residencia de la Maternidad.

En el protocolo se incluyò el manejo de la polisistolìa y el síndrome de hiperestimulaciòn, contemplando las siguientes medidas de reanimaciòn intrauterina:

- 1.-Decúbito lateral izquierdo
- 2.-Oxígenoterapia.
- 3.-Hidratación parenteral.
- 4.-Tocolisis endovenosa .
- 5.-Retiro de restos de tableta de fondo de saco posterior.
- 6.-Parto expedito de persistir alteración del registro.

Se utilizó como grupo comparativo histórico a 199 pacientes con similares características, inducidas con ocitocina durante el período inmediatamente previo, comprendido entre el 01 de Agosto de 1996 y el 31 de mayo de 1998 .

De las fichas clínicas y partogramas se registraron para ambos grupos : edad, paridad, edad gestacional, patologías maternas, fetales y ovulares, score de Bishop, horas desde la inducción al parto, horas de membranas rotas al parto, polisistolìa, medidas de reanimaciòn intrauterina, presencia de meconio intraparto, tipo de parto, éxito en 24 horas, causa de cesàrea o fòrceps, tipo de anestesia de conducciòn, peso de recièn nacido, peso placentario, sexo, Apgar al minuto y 5 minutos y en el grupo de misoprostol, uso asociado de ocitocina en período de dilataciòn.

En el grupo de ocitocina, al medir el período de inducción no se consideró el descanso nocturno de las pacientes. En general, fueron sometidas a 3 períodos de inducción de 8 a 12 horas cada uno. Luego del tercer período de inducción sin resultado, habitualmente, se indicaba vía alta.

Se procesó texto en Word 97, se ingresaron datos en Excel versión 7.0 de Office 97 para Windows 98 y se efectuó análisis de la experiencia en EPI INFO versión 6.04.

Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

G. Limitaciones del estudio.

Las inherentes a un estudio del diseño empleado. Se eligió el ensayo clínico controlado con grupo histórico, ya que en el entusiasmo de acumular experiencia con el uso de misoprostol en el menor tiempo posible, se dejó totalmente de inducir partos con bajo score de Bishop empleando ocitocina. Esto puede conducir a que los grupos comparados tengan diferencias en variables que pueden influir en los resultados obtenidos.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1: Características generales de los grupos

Característica	Misoprostol N =175	Ocitocina N = 199	p
edad (años)	26 +- 7.28	26 +- 6.8	NS
paridad	1 +- 1.2	1 +- 1.2	NS
Primiparidad	81 (46.3%)	95 (47.7%)	NS
edad gestacional (sem)	39.0 +- 8.4	39 +- 8.3	NS
Bishop score < 3	114 (65.14%)	94 (47.23%)	<0.05
Bishop score promedio	2.86 +- 1.61	3.63+- 1.47	<0.05

NS = no significativo.

Datos presentados como promedio +- desviación estándar o como n y porcentaje.

Ambos grupos presentan características generales semejantes, salvo al analizar el score de Bishop, que resultó significativamente menor (cérvix más inmaduro) en grupo Misoprostol.

Los promedios de edad materna (26), paridad (1) y edad gestacional al parto (39 semanas), no presentan diferencias significativas para ambos grupos.

La primiparidad es 46,3% en el grupo misoprostol y 47,6% en el grupo ocitocina (N.S.).

Tabla 2: Incidencia de patologías maternas, fetales y ovulares

Patología	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	p
Síndrome hipertensivo embarazo	62 (35.3%)	83 (41.7%)	N.S.
Hipertensión arterial crónica	8 (4.57%)	6 (3.01%)	N.S.
Retardo crecimiento intrauterino	27 (15.43%)	57 (28.64%)	<0.05
Diabetes gestacional	26 (14.86%)	35 (17.58%)	N.S.
Diabetes Mellitus	2 (1.14%)	4 (2.01%)	N.S.
Macrosomía	31 (17.71%)	13 (6.53%)	<0.05
Polihidramnios	7 (4.0%)	6 (3.01%)	N.S.
Colestasia intrahepática	12 (6.86%)	22 (11.06%)	N.S.
Edad gestacional dudosa	7 (4.0%)	11 (5.52%)	N.S.
Malformaciones	5 (2.86%)	0 (0%)	N.S.
Epilepsia	2 (1.14%)	0 (0%)	N.S.
Rh(-) sensibilizada	1 (1.0%)	0 (0%)	N.S.
Otras	37 (21.1%)	21 (10.55%)	<0.05

Las patología más habitual en ambos grupos es el síndrome hipertensivo del embarazo (SHIE), 35,43% con misoprostol y 41,7% con ocitocina.

Se evidencian proporciones significativamente distintas en RCIU, macrosomía fetal y otras patologías, lo que podría influir en los resultados de la intervención (ver tablas 20, 23 y 29).

Tabla 3: Características del trabajo de parto

Variable	Misoprostol N = 175	Ocitocina N = 199	P
Tiempo total trabajo de parto	14h18m +- 6.7	22h43m +- 14.8	<0.05
Tiempo de latencia	9h18m +- 7.6	17h24m +- 15.1	<0.05
Tiempo de rotura membranas	2h 14m +- 3.1	3h7m +- 4.79	NS
Anestesia conducción	74 (42.29%)	79 (39.7%)	NS
èxito 24 horas	116 (66,29%)	87 (43,72%)	<0,05

NS = no significativo.

Datos presentados como promedio +- desviación estandard o como n y porcentaje.

El tiempo promedio desde el inicio de la inducción hasta el parto es significativamente menor con uso de misoprostol (14 horas 18 minutos, versus 22 horas 43 minutos para ocitocina).

El tiempo de latencia promedio, es significativamente menor en el grupo misoprostol (9 horas 18 minutos) comparado con el grupo ocitocina (17 horas 24 minutos).

El tiempo promedio desde la rotura espontánea o provocada de membranas hasta el parto, no presentó diferencia significativa (2 horas 14 minutos para misoprostol versus 3 horas 7 minutos para ocitocina).

El éxito en 24 horas es de 66,2% para misoprostol y de 43,7% para ocitocina ($p < 0,05$).

Tabla 4: Complicaciones intraparto

Variable	Misoprostol N = 175	Ocitocina N = 199	p
Polisistolia	97 (55.43%)	2 (1%)	<0.05
Sd Hiperestimulación	18 (10.28%)	1 (0.5%)	<0.05
Meconio	42 (24%)	37 (18.6%)	NS

NS = no significativo.

Datos presentados como n y porcentaje.

La polisistolia fue claramente mayor en el grupo misoprostol (55,43% vs 1% para ocitocina , $p < 0,05$).

El Sd de hiperestimulación se produjo en el 10,2% con misoprostol y en 0,5% con ocitocina ($p < 0,05$).

El meconio intraparto se diagnosticó en el 24% para misoprostol y en 18,6% para ocitocina (N.S.).

Tabla 5: Tipo de parto obtenido según tipo de inductor.

Via	Misoprostol n (%)	Ocitocina n (%)	p
Cesàrea	43 (24,6)	67 (33,7)	N.S.
Fòrceps	12 (6,9)	11 (5,5)	N.S.
Espontàneo	120 (68,5)	121 (60,8)	N.S.
Total	175 (100,0)	199 (100,0)	

Hubo menor tendencia a la cesàrea en el grupo misoprostol (24,6% vs 33,7% para ocitocina, N.S).

El fòrceps se efectuò en el 6,9% de los casos de misoprostol y en el 5,5% de los casos con ocitocina.

Tabla 6: Causas de cesàrea

Causa	Misoprostol		Ocitocina	
	n=43	(%)	n=67	(%)
inducció fracassada	4	(9.3)	24	(35.8)
insuficiència placentària	13	(30.2)	15	(22.4)
sufreïment fetal	14	(32.6)	10	(14.9)
desprendiment placenta	1	(2.3)	1	(1.5)
infecció ovular	0	(0.0)	3	(4.5)
Desproporció cefalopèlvica	9	(20.9)	12	(17.9)
Distòcia posició	1	(2.3)	2	(3.0)
Hidrocefàlia	1	(2.3)	0	(0.0)

La causa de cesàrea con misoprostol mäs frecuente es SFA (32,6%) y para ocitocina, la inducció fracassada (35,8%).

Observemos que el diagnòstico preoperatorio de inducció fracassada, representa tan solo un 2.28% en el grupo con misoprostol (4 casos en 175 partos) y alcanza un 12.06% en el grupo con ocitocina (24 casos en 199 partos), diferencia estadísticamente significativa.

Por otro lado, la sospecha de compromiso de la UFP, definida por los diagnòsticos preoperatorios de SFA e insuficiència placentària (IP) es de 15.43% para misoprostol (27 casos en 175 partos) y 12.56% para ocitocina (25 casos en 199 partos), diferencia no significativa..

Tabla 7: Características de recién nacidos y placenta

Característica	Misoprostol N = 175	Ocitocina N = 199	P
sexo femenino	75 (42.86%)	105 (52.76%)	NS
peso nacimiento (gr)	3.394 +- 563	3.292 +- 608	NS
Apgar<7 minuto 1	26 (14.9%)	21 (10.55%)	NS
Apgar<7 minuto 5	0 (0.0%)	1 (0.5%)	NS
peso placenta (gr)	609 +- 141.5	612 +- 137.2	NS

NS = no significativo.

Datos presentados como promedio +- desviación estándar o como n y porcentaje.

El sexo femenino se presentó en el 42,8% para misoprostol y en el 52,7% para ocitocina (N.S.).

El promedio de peso al nacer del recién nacido fue de 3394 grs. para misoprostol y de 3.292 gr para ocitocina(N.S.).

El peso promedio placentario fue 609 gr para misoprostol y 612 gr para ocitocina (N.S.).

El Apgar menor que 7 al minuto fue similar para ambos grupos (14,86% para misoprostol y 10,55% para ocitocina, N.S.).

El test Apgar menor que 7 a los 5 minutos tampoco presentó diferencia (0% para misoprostol y 0,5% para ocitocina, N.S.).

Tabla 8: Principales riesgos relativos con uso de misoprostol versus ocitocina

Variable	Riesgo relativo	Límites confianza
Inducción fracasada	0.19	(0.07-0.54)
Éxito 24 hrs	1.52	(1.25-1.83)
Fracaso	0.6	(0.47-0.76)
Polisistolía	55.15	(13.8-220.39)
Hiperestimulación	20.47	(2.76-151.76)
Compromiso UFP (SFA, IP)	1.23	(0.74-2.03)
Cesárea	0.73	(0.53-1.01)
Apgar bajo	1.34	(0.79-2.28)

Hay menor riesgo de inducción fracasada y de fracaso con misoprostol, pero presenta más riesgo de polisistolía e hiperestimulación al compararlo con ocitocina.

Sin embargo, el riesgo de compromiso de la UFP (SFA e IP) no difiere en ambos grupos.

Lo anterior concuerda con el riesgo de Apgar bajo, similar en ambos grupos.

Hay menor tendencia a la cesárea con misoprostol, pero no es estadísticamente significativa.

TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla 9: Distribución etaria

Edad (años)	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total (%)	p
10 a 14	2 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.5)	N.S.
15 a 19	34 (19.4)	40 (20.1)	74 (19.8)	N.S.
20 a 24	40 (22.9)	47 (23.6)	87 (23.3)	N.S.
25 a 29	36 (20.6)	37 (18.6)	73 (19.5)	N.S.
30 a 34	27 (15.4)	47 (23.6)	74 (19.8)	<0.05
35 a 39	28 (16.0)	22 (11.1)	50 (13.4)	N.S.
40 a 42	8 (4.6)	6 (3.0)	14 (3.7)	N.S.
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374 100.0	

El único grupo etáreo que presenta una proporción significativamente distinta es entre los 30 y 34 años, lo que podría influir en los resultados de la intervención.

Para el grupo misoprostol la edad fluctúa entre los 14 y los 42 años, el promedio es 26 años, la mediana es 26 y la moda es 18.

Para el grupo ocitocina, la edad fluctúa entre los 15 y 41 años, el promedio y la mediana corresponden a 26 años y la moda es 22.

Tabla 10: Paridad

Paridad	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
0	81 (46.3)	95 (47.7)	176 (47.0)	N.S.
1	39 (22.3)	47 (23.6)	86 (23.0)	N.S.
2	35 (20.0)	30 (15.1)	65 (17.4)	N.S.
3	14 (8.0)	20 (10.1)	34 (9.1)	N.S.
4	3 (1.7)	2 (1.0)	5 (1.3)	N.S.
5	1 (1.0)	4 (2.0)	5 (1.3)	N.S.
6	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	N.S.
7	1 (1.0)	1 (0.5)	2 (0.5)	N.S.
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374 (100.0)	

Para ambos grupos, la paridad fluctua entre 0 y 7 hijos, el promedio y la mediana es 1, la moda es 0.

Tabla 11: Edad gestacional al parto.

Edad gestacional	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	P
36-37+6	28 (16.0)	28 (14.1)	56 (15.0)	N.S.
38-39+6	73 (41.7)	92 (46.2)	165 (44.0)	N.S.
40 -42	74 (42.3)	79 (39.7)	153 (41.0)	N.S.
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374 (100.0)	

Para ambos grupos, la edad gestacional varió entre 36 y 42 semanas, el promedio y la mediana corresponden a 39 semanas, la moda es 40.

Tabla 12: Score de Bishop preinducción.

Bishop	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total (%)	P
0	17 (9.7)	2 (1.0)	19 (5.1)	<0.05
1	16 (9.1)	8 (4.0)	24 (6.4)	<0.05
2	42 (24.0)	45 (22.6)	87 (23.3)	N.S.
3	39 (22.3)	39 (19.6)	78 (20.8)	N.S.
4	29 (16.6)	39 (19.6)	68 (18.2)	N.S.
5	24 (13.7)	44 (22.1)	68 (18.2)	<0.05
6	8 (4.6)	22 (11.1)	30 (8.0)	<0.05
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374 (100.0)	

El grupo Misoprostol concentra proporciones significativamente mayores de cérvix uterinos inmaduros (Bishop 0 y 1) y el grupo Ocitocina porcentajes significativamente mayores de cérvix más blandos (Bishop 5 y 6) lo que podría disminuir la eficiencia comparativa del Misoprostol.

Para el grupo misoprostol el Score de Bishop fluctua entre 0 y 6, es 2.86 en promedio, la mediana es 3, y la moda es 2.

Para el grupo ocitocina, fluctua entre 0 y 6, promedio 3.6, mediana 4 y la moda es 2.

Tabla 13: Tiempo total de trabajo de parto

Tiempo t. Parto (hrs)	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	P
0 a 5	20 (11.4)	10 (5.0)	30	<0.05
6 a 11	74 (42.3)	44 (22.1)	118	<0.05
12 a 17	40 (22.9)	42 (21.1)	82	N.S
18 a 23	19 (10.9)	27 (13.6)	46	N.S
24 a 29	9 (5.1)	22 (11.1)	31	<0.05
30 a 35	5 (2.9)	19 (9.5)	24	<0.05
36 a 41	3 (1.7)	14 (7.0)	17	<0.05
42 a 47	3 (1.7)	8 (4.0)	11	N.S.
48 a 59	1 (0.6)	7 (3.5)	8	N.S.
60 a 65	0 (0.0)	3 (1.5)	3	N.S.
66 a 71	1 (0.6)	1 (0.5)	2	N.S.
72 a 77	0 (0.0)	1 (0.5)	1	N.S.
78 a 83	0 (0.0)	1 (0.5)	1	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

El misoprostol presenta una proporción significativamente mayor de partos entre las 0 a 5 y 6 a 11 horas. En el grupo Ocitocina esto ocurre entre las 24 a 29, 30 a 35 y 36 a 41 horas.

Para el grupo misoprostol el tiempo promedio es 14 horas, la mediana es 11 horas y la moda 8 horas.

Para el grupo ocitocina el tiempo promedio es 22 horas, la mediana es 19 horas y la moda es 13 horas.

Tabla 14: Tiempo de latencia

Latencia (horas)	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
0 a 9	116 (66.2)	82 (41.2)	198	<0.05
10 a 19	44 (25.1)	47 (23.6)	91	N.S.
20 a 29	12 (6.9)	33 (16.6)	45	<0.05
30 a 39	1 (0.6)	23 (11.5)	24	<0.05
40 a 49	1 (0.6)	6 (3.0)	7	N.S.
50 a 59	1 (0.6)	3 (1.5)	4	N.S.
60 a 69	0 (0.0)	3 (1.5)	3	N.S.
70 a 79	0 (0.0)	1 (1.5)	1	N.S.
80 o más	0 (0.0)	1 (1.5)	1	N.S.
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374	

El grupo Misoprostol acumula un porcentaje significativamente mayor de latencias en tre las 0 y 9 horas. Por otro lado con ocitocina las latencias presentan proporciones mayores entre las 20-29 y 30-39 horas.

Para el grupo misoprostol, la latencia mínima es de 1 hora, el máximo es 57.5, el promedio es 9 , la mediana 7 horas y la moda es 6.

Para el grupo ocitocina, , la latencia mínima es 1 hora, la máxima es 84 horas, el promedio es 17, la mediana es 12 y la moda es 4.

Tabla 15: tiempo de rotura de membranas hasta el parto

Tiempo rotura membranas (horas)	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
0 a 4	156 (89.1)	163 (81.9)	319	N.S.
5 a 9	14 (8.0)	21 (10.6)	35	N.S.
10 a 14	4 (2.3)	8 (4.0)	12	N.S.
15 a 19	0 (0.0)	1 (0.5)	1	N.S.
20 a 24	0 (0.0)	5 (2.5)	5	N.S.
25 a 29	1 (0.6)	0 (0.0)	1	N.S.
30 o más	0 (0.6)	1 (0.5)	1	N.S.
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374	

Para el grupo misoprostol el tiempo de rpm mínimo es 0 y el máximo es 28 horas, el promedio es 2, la mediana 1.5 y la moda es 0.

Para el grupo ocitocina, el tiempo de RPM mínimo es 0, el máximo es 30 horas, el promedio es 3, la mediana es 1.6 y la moda es 0.

Tabla 16: Exito en 24 horas.

Exito en 24 horas	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Si	116 (66.3)	87 (43.7)	203	<0.05
No	59 (33.7)	112 (56.3)	171	<0.05
Total	175 (100.0)	199 (100.0)	374	

El misoprostol presenta mayor probabilidad de éxito comparado con ocitocina.

R.R. de éxito: 1.52 (1.25-1.83)

Riesgo atribuible: $[(116/175)-(87/199)] \times 100 = 22$

Tabla 17: Anestesia de conducción

Anestesia conducción	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	P
Sí	74 (42.3)	79 (39.6)	153	N.S.
No	101 (57.7)	120 (60.4)	221	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R: 1.07 (0.83-1.36)

R.A.: $[(74/175)-(79/199)] \times 100 = 2$

Tabla 18: Síndrome hipertensivo del embarazo según tipo de inductor.

Síndrome hipertensivo	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	62 (35.3)	83 (41.7)	145	N.S.
No	113 (64.7)	116 (58.3)	229	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 19: Hipertensión arterial según tipo de inductor.

Hipertensión arterial	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Crónica				
Sí	8 (4.57)	6 (3.01)	14	N.S.
No	167 (95.43)	193 (96.9)	360	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 20: Retardo de crecimiento intrauterino según tipo de inductor

RCIU	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	27 (15.4)	57 (28.6)	84	<0.05
No	148 (84.6)	142 (71.4)	290	<0.05
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Existe una proporción significativamente menor de RCIU en el grupo Misoprostol, lo que podría influir en los resultados del estudio, lo que es poco probable: en ambos grupos son “RCIU “ sin compromiso hipoxémico importante de la UFP, probablemente constitucionales, diagnosticados solo por definición estadística, como ocurre en aproximadamente el 90% de las veces.

Tabla 21: Diabetes gestacional según tipo de inductor.

Diabetes gestacional	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	26 (14.86)	35 (17.58)	61	N.S.
No	149 (85.14)	164 (82.42)	313	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 22: Diabetes Mellitus según tipo de inductor.

Diabetes Mellitus	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	2 (1.14)	4 (2.01)	6	N.S.
No	173 (98.86)	195 (97.99)	368	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 23: Macrosomía fetal según tipo de inductor.

Macrosomía	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	31 (17.71)	13 (6.53)	44	<0.05
No	144 (82.29)	186 (93.47)	330	<0.05
Total	175 (100)	199 (100)	374	

La macrosomía fetal es significativamente más frecuente en el grupo Misoprostol, lo que podría influir en los resultados de la intervención, aunque es poco probable: los estudios demuestran que las complicaciones por macrosomía son infrecuentes y se producen fundamentalmente en los casos de macrosomía secundaria a Diabetes gestacional o Diabetes Mellitus. En los grupos no existieron diferencias significativas de estas patologías.

Tabla 24: Polihidramnios según tipo de inductor

Polihidramnios	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	7 (4.0)	6 (3.01)	13	N.S.
No	168 (96)	193 (96.99)	361	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 25: Colestasia intrahepática del embarazo según tipo de inductor.

Colestasia intrahepática	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	12 (6.86)	22 (11.06)	34	N.S.
No	163 (93.14)	177 (88.94)	340	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 26: Edad gestacional dudosa según tipo de inductor.

Edad gest. Dudosa	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	P
Sí	7 (4.0)	11 (5.52)	18	N.S.
No	168 (96)	188 (94.48)	356	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 27: Malformaciones según tipo de inductor

Malformaciones	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	P
Sí	5 (2.86)	0 (0)	5	N.S.
No	170 (97.14)	199 (100)	369	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 28: Epilepsia según tipo de inductor.

Epilepsia	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	2 (1.14)	0 (0)	2	N.S.
No	173 (98.86)	199 (100)	372	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 29: Sensibilización a Rh(-) según tipo de inductor.

Rh(-) sensibilizada	Misoprostol (%)	Ocitocina (100)	Total	p
Sí	1 (1.0)	0 (0)	1	N.S.
No	174 (99)	199 (100)	373	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

Tabla 29: Patologías varias según tipo de inductor.

Otras	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	37 (21.1)	21 (10.55)	58	<0.05
No	138 (78.9)	178 (89.45)	316	<0.05
Total	175 (100)	199 (100)	374	

El grupo Misoprostol concentró mayor proporción de patologías asociadas diversas, lo que podría influir en los resultados de la intervención. Esto espoco probable porque eran patologías o condiciones asociadas a la madre que son reconocidas por ser de bajo o nulo riesgo obstétrico y perinatal.

Tabla 30: Polisistolía según tipo de inductor.

Polisistolía	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	P
Sí	97 (55.43)	2 (1)	99	<0.05
No	78 (44.57)	197 (99)	275	<0.05
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 55.15 (13.8-220.39)

R.A.: 50

Tabla 31: Síndrome de hiperestimulación según tipo de inductor.

Sd hiperestimulación	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Si	18 (10.28)	1 (0.5)	19	<0.05
No	157 (89.72)	198 (99.5)	375	<0.05
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 20.47 (2.76-151.76)

R.A.: 9.5

Tabla 32: Presencia de meconio intraparto según tipo de inductor.

Meconio	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	42 (24)	37 (18.6)	79	N.S.
No	133 (76)	162 (81.4)	295	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 1.29 (0.87-1.91)

R.A.: 6

Tabla 32: Cesárea según tipo de inductor.

Cesárea	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	43 (24.6)	67 (33.7)	110	N.S.
No	132 (75.4)	132 (66.3)	264	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 0.73 (0.53-1.01)

R.A.: -5

Tabla 33: Fórceps según tipo de inductor.

Fórceps	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	12 (6.9)	11 (5.5)	23	N.S.
No	163 (93.1)	188 (94.5)	351	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 1.24 (0.56-2.74)

R.A.: 0

Tabla 34: Parto vaginal espontáneo según tipo de inductor.

Espontáneo	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	120 (68.5)	121 (60.8)	241	N.S.
No	55 (31.5)	78 (39.2)	133	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 1.13 (0.97-1.31)

R.A.: 0

Tabla 35: Inducción fracasada según tipo de inductor.

Inducción fracasada	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	4 (2.28)	24 (12.06)	28	<0.05
No	171 (90.7)	175 (87.94)	346	<0.05
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 0.19 (0.07-0.54)

R.A.: -10

Tabla 36: Insuficiencia placentaria según tipo de inductor.

Insuficiencia placentaria	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	13 (7.4)	15 (7.5)	28	N.S.
No	162 (92.6)	184 (92.5)	346	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 0.99 (0.48-2.01)

R.A.: -1

Tabla 37: Sufrimiento fetal agudo según tipo de inductor.

Sufrimiento fetal	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	14 (8)	10 (5.02)	24	N.S.
No	161(92)	189 (94.98)	350	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 1.59 (0.73-3.49)

R.A.: 3

Tabla 38: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta según tipo de inductor.

Desprend. Placenta	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	1 (0.57)	1 (0.5)	2	N.S.
No	174 (99.43)	198 (99.5)	372	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 0.94 (0.09-10.3)

R.A.: 0.1

Tabla 39: Infección ovular según tipo de inductor.

Infección ovular	Misoprostol (%)	O N.S.citocina (%)	Total	p
Sí	0 (0)	3 (1.5)	3	N.S.
No	175 (100)	196 (98.5)	371	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: indefinido

Tabla 40: Desproporción cefalopélvica según tipo de inductor.

Desp. Cefalopélvica	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	9 (5.1)	12 (6.03)	21	N.S.
No	166 (94.9)	187 (93.97)	353	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 0.85 (0.37-1.98)

R.A.: -1

Tabla 41: Distocia de posición según tipo de inductor.

Distocia posición	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	1 (0.57)	2 (1.0)	3	N.S.
No	174 (99.43)	197 (99)	371	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 0.57 (0.05-6.22)

R.A.: -0.4

Tabla 42: Hidrocefalia según tipo de inductor.

Hidrocefalia	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	1 (0.57)	0 (0)	1	N.S.
No	174 (99.43)	199 (100)	373	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: indefinido

Tabla 43: Sexo femenino del recién nacido según tipo de inductor.

Sexo femenino	Misoprostol	Ocitocina	Total	
Sí	75	105	180	
No	100	94	194	
Total	175	199	374	

R.R.: 0.81 (0.65-1.01)

R.A.: -10

Tabla 44: Test de Apgar menor de 7 al minuto de vida según tipo de inductor.

Apgar<7 minuto 1	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	26 (14.85)	21 (10.55)	47	N.S.
No	149 (85.15)	178 (89.45)	327	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: 1.41 (0.82-2.41)

R.A.: 4.3

Tabla 45: Test de Apgar bajo 7 a los 5 minutos de vida según tipo de inductor.

Apgar<7 minuto 5	Misoprostol (%)	Ocitocina (%)	Total	p
Sí	0 (0)	1 (0.5)	1	N.S.
No	175 (100)	198 (99.5)	373	N.S.
Total	175 (100)	199 (100)	374	

R.R.: indefinido

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El misoprostol evidencia su exclusiva capacidad de borramiento cervical preinducción, dado su menor tiempo de latencia. Demuestra su eficiencia como inductor, por su menor tiempo de trabajo de parto, mayor éxito en 24 horas, menor tendencia a la cesàrea y lógicamente, por una menor proporción de inducción fracasada, comparado con la ocitocina. Esto, incluso considerando que el score de Bishop es significativamente peor en el grupo misoprostol.

Por otro lado, aunque es poco probable, pudo influir en los resultados que patologías como macrosomía fetal y “otras” fuesen significativamente más frecuentes en el grupo misoprostol y que el RCIU haya sido significativamente menor.

El misoprostol presentó porcentajes de polisistolia e hiperestimulación significativamente mayores que la ocitocina, aunque no mayores a los que comunican Kramer y Sánchez-Ramos en sus estudios randomizados.

Sin embargo, el deterioro de la UFP, dado por los diagnósticos preoperatorios de SFA e IP, fue similar en ambos grupos. En el caso del misoprostol, este compromiso puede deberse en parte a los casos con polisistolia mantenida (e hiperestimulación), a pesar de que esta actúa sobre un cèrvix madurado previamente. Probablemente, en el caso de la ocitocina, el deterioro sea por la vía del agotamiento materno, placentario y fetal, dado el mayor tiempo de inducción sobre un cuello inmaduro.

Los resultados perinatales obtenidos según el test de Apgar, también fueron similares para ambos grupos.

La seguridad de ambos fármacos es similar para estos grupos seleccionados de pacientes, medida según compromiso de la UFP y el test de Apgar. Corrobora esta

conclusiòn, la mediciòn de riesgos relativo y atribuible, comparables a los de The Cochrane Library.

Cabe señalar, que no se presentaron complicaciones maternas como la rotura uterina en ambos grupos estudiados.

Todo lo anterior, permite sostener que, en general, existió un aceptable empleo de medidas de reanimaciòn intrauterina frente a la polisistolìa y que hubo indicaciòn de cesàrea en el momento oportuno.

Creemos probable que la disminuciòn de la dosis de misoprostol empleada, pueda contribuir a bajar la proporciòn de polisistolìa e hiperestimulaciòn. Esto podrìa aumentar la seguridad de su uso, manteniendo su eficiencia. De hecho, The Cochrane Library concluye que bajas dosis (25 ug cada 3 o 6 horas) no representan mayor riesgo relativo de fracaso en 24 horas comparadas con dosis màs altas y que se obtiene menor tendencia a hiperestimulaciòn, Apgar bajo e ingreso a UTI neonatal.

En este sentido, nuestro Servicio aplica actualmente el protocolo con 50 ug cada 6 horas (hasta el momento nos es tècnicamente imposible obtener dosis relativamente exactas de 25 ugr cada una), experiencia que està siendo tabulada para luego compararla con los resultados presentados aquí.

BIBLIOGRAFIA

1.-Onge Rick, Connors G: Preinduction cervical ripening: A comparison of intracervical prostaglandin E2 gel versus the foley catheter. Am J Obstet Gynecol 1995; 172:687-90.

2.-Sanchez-Ramos L, Farah I, Kaunitz A, Adair D, Del Valle G, Fuqua P: Preinduction cervical ripening with commercially available prostaglandi E2 gel: A randomized, double blind comparison with a hospital-compounded preparation. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:1079-84.

3.-Peccerillo J, Egan J, Borgida A, Campbell W: Comparison of intracervical PGE2 T o intravaginal PGE2 for preinduction cervical ripening.. Am J Obstet Gynecol (SPO) ref 130, january 1995; 172: 298.

4.-Danna P, Carlan S, Logan S, Durkee D, Gushwa J, Fuentes A, Lanaris B: Randomized prospective study of preinduction cervical ripening with sequential use of intravaginal prostaglandi E2 gel. Am J Obstet Gynecol (SPO) ref 132, january 1995; 172: 298.

5.-Wing D, Rahall A, Jones M, Goodwin M, Paul R: Misoprostol: An effective agent for cervical ripening and labor induction. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1811-16.

6.-Kramer R, Gilson G, Morrison D, Martin D y cols : A randomized trial of misoprostol and oxytocin for induction of labor : safety and efficacy. *Obstet Gynecol* 1997 ; 89(3) : 387-91

7.-Sánchez-Ramos L, Kaunitz A, Del Valle G y cols : Labor induction with the prostaglandin E1 methyl analogue misoprostol versus oxytocin : a randomized trial. *Obstet Gynecol* 1993 ; 81(3) : 332-36

8.-Echeverría E, Rocha M : Estudio randomizado de inducción de parto con ocitocina y misoprostol en embarazos en vías de prolongación. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1995 ; 60(2) :108-11

9.-Campos G, Guzmán S, Rodríguez J, Voto L, Margulies M : Misoprostol - un análogo de la PGE1 - para la inducción de parto a término : estudio comparativo y randomizado con ocitocina. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 1994 ; 59(3) : 190-96

10.-Echeverría E, Rocha M : Estudio comparativo de inducción de parto en embarazos en vías de prolongación con diferentes dosis de misoprostol. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1996 ; 61(2) : 101-4

11.-Ferrada L, Walton R, Ballesteros S, Rivas L, Ancapán A, Godoy G : Experiencia en un hospital de Chiloé, con el uso de prostaglandina E1 sintética en la inducción del trabajo de parto en embarazos de término. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1995 ; 60(5) : 345-50

12.-Ferrada L, Walton R, Ancapán A, Ballesteros S, Ballesteros I, Godoy G, Haegger H, Maldonado M, Montecinos A, Rebolledo H, Rivas L, Rojas L, Torres M : Inducción del

trabajo de parto con misoprostol intravaginal : experiencia de 5 años. Rev Chil Obstet Ginecol 1998 ; 63(1) : 27-33

13.-Valderrama O, Ferrand P, Schwarze J, Levancini M: Experiencia en el uso de misoprostol vaginal como inductor de trabajo de parto en pacientes en un servicio de alto riesgo obstétrico. Rev Chil Obstet Ginecol 1998 ; 63(6) : 425-30

14.-Letzkus J : Experiencia del uso de misoprostol en embarazos de 36 o más semanas con feto vivo. Rev Chil Obstet Ginecol 1998 ; 63(6) : 431-36

15.-Echeverría E, Quiroz M, Rozas J, Escalona J, Vidal B, Henríquez L : Uso actual de misoprostol intravaginal para inducción de parto de diferentes patologías. Rev Chil Obstet Ginecol 1999 ; 64(3) ; 2217-220

16.-Puga O, Gómez R, González R, Kae J, Morales Y, Rojas I: Administración vaginal de misoprostol como inductor de trabajo de parto. Rev Chil Obstet Ginecol 1999; 64(5):352-358

17.-Ferrada L ; Walton R ; Ballesteros S ; Ancapán A ; Godoy G ; Rivas L : Uso de misoprostol intravaginal como inductor de trabajo de parto en embarazadas de término, con antecedentes de una cesarea anterior.
Rev Chil Obstet Ginecol 1997 ; 62(3) :161-66.

18.- Sánchez-Ramos L, Kaunitz A, Wears R y cols : Misoprostol for cervical ripening and labor induction : a metaanalysis. Obstet Gynecol 1997 ; 89(4) : 633-42

19.-Hofmeyr GJ: Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software.

20.-Medina E : Métodos epidemiológicos en Clínica y Salud Pública. 2a edición, 1989.

OTRAS REFERENCIAS CONSULTADAS:

1.- Primer Diploma de Administración hospitalaria. Asignatura de Epidemiología.

Prof. Dr. Néstor Montesinos B.

2.-Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud.

F.H. de Canales, E.L. de Alvarado; E.B. Pineda. O.P.S. 1989.

Anexo # 1

Protocolo Inducción de Trabajo de Parto con Misoprostol en Embarazos Patológicos

Dosis de Misoprostol

Misoprostol 100ug en fondo de saco vaginal posterior, cada 12 horas hasta 3 dosis, cuando persista score cervical igual o menor de 6

Patologías seleccionadas

Síndromes hipertensivos del embarazo
Diabetes Gestacional y pregestacional
CIE ictericia y no ictericia
Rh (-) sensibilizado
RCIU (sin oligoamnios y con UFP indemne, es decir, fetos bajo p10)
RPM (mayor o igual a 34 semanas)
Polihidroamnios
Embarazo en vías de prolongación y prolongado.
Óbito fetal

Criterios de Inclusión

Patologías seleccionadas y otras que tengan adecuada evaluación de la UFP y no posean criterios de exclusión.
Feto único, vivo en cefálica con peso menor a 4500 gr, con placenta normoinserta, líquido amniótico en cantidad normal
Obito en cualquier presentación, mayor de 24 semanas
Índice de Bishop menor o igual a 6, sin trabajo de parto
Sin antecedente de cirugía uterina previa, incluida la cesárea
Sin contraindicación de parto vaginal
Sin contraindicación de uso de PG
Embarazos de 37 o más semanas, salvo en RPM (mayor o igual a 34 semanas)

Criterios de exclusión

Oligoamnios
Desproporción céfalo-pelviana
Deterioro de unidad feto-placentaria

Evaluación de Unidad feto-placentaria

Ecografía de tercer trimestre, que no evidencie oligoamnios, idealmente según Índice de líquido amniótico de Phelan (4 cuadrantes) dentro de los 15 días previos a la inducción.

TNS : reactivo

Perfil biofísico mayor o igual a 8 de 10 (sin movimientos respiratorios), siempre con 2 puntos en líquido amniótico. Es decir, incluye TNS

Doppler, solo si corresponde de acuerdo a las normas de Embarazo patológico del HBLT.

No se incluye la Amnioscopia como método de evaluación de la UFP.

Manejo del trabajo de parto

Se efectuará el habitual gobierno de trabajo de parto, con monitorización y registro continuo idealmente, con uso de ocitocina y/o conducción peridural si es necesario.

Manejo del síndrome de hiperestimulación

En presencia de polisistolía (6 ó más contracciones uterinas en 10 minutos por 20 ó más minutos), hipertonia (contracción uterina de más de 2 minutos de duración) o síndrome de hiperestimulación (taquisistolía o hipertono, con registro sin variabilidad, DIPS II, variables complicadas o bradicardia fetal), se tomarán algunas o todas las medidas que a continuación se indican de acuerdo a la severidad de la complicación :

- 1.-Decúbito lateral izquierdo
- 2.-Oxigenoterapia
- 3.-Hidratación parenteral
- 4.-Tocolisis de urgencia : bolos de 5 microgramos de fenoterol ev
- 5.-Retirar restos de tableta de fondo de saco p3osterior, si persisten
- 6.-Parto expedito si persiste alteración del registro.

DIAGRAMA DE FLUJO

