

Marisa Viviana Alvarez marisavivianaalvarez@hotmail.com

Pregunta: Conducta activa (independientes de las condiciones cervicales) al momento del diagnóstico versus conducta expectante durante 48 horas si el cervix no es favorable para la inducción ?.

Dr. Haroldo Capurro
Dr. Ricardo Velasco

Actualización: ABRIL 2009**MANEJO del PARTO con CERVIX NO FAVORABLE a TERMINO****INTRODUCCION**

La inducción aumentada en forma indiscriminada puede desencadenar una hipercontractilidad uterina y tener consecuencias negativas para la madre y/o el feto. En caso de un cuello desfavorable la administración de ocitocina con o sin amniotomía es frecuentemente inefectiva. El misoprostol y/o las prostaglandinas son efectivas, pero en determinadas condiciones pueden generar daños como ser la aparición de meconio en líquido amniótico, estrés del feto, hemorragia postparto, ruptura uterina que pueden aparecer con o sin cesárea previa. También las fallas en la inducción hacen que se incremente la frecuencia de cesáreas. Reduciendo las dosis disminuyen los efectos adversos, pero nuevos estudios son necesarios para balancear los beneficios en relación con los perjuicios (1).

MISOPROSTOL y ROTURA de MEMBRANAS ANTE-PARTO

En Inglaterra, un estudio clínico randomizado tuvo como OBJETIVO valorar la efectividad y seguridad de bajas dosis de Misoprostol vaginal en caso de ruptura prematura de membranas (RPM) anteparto (2). Las participantes fueron mujeres con más de 34 semanas de gestación, con feto viable y sin cesárea previa.

METODO Los participantes fueron randomizados para inducir o no el parto con bajas dosis de Misoprostol oral, excepto cuando el cuello fuese desfavorable y en estos casos, se administró por vía vaginal u otros métodos como ser dinoprostone vaginal seguido de ocitocina endovenosa (tratamiento estándar). Los RESULTADOS mostraron que 758 mujeres fueron randomizadas y a 375 se les administró misoprostol y a 383 tratamiento estándar. En el grupo al que se le administró misoprostol hubo menos cesáreas (14% vs 18%) (RR = 0,79 IC95% 0,57-1,09) y menos fracasos en lograr un parto vaginal (24% vs 31%) (RR = 0,79 IC95% 0,63-1,0), pero las diferencias no fueron significativas.

En caso de cuello desfavorable el misoprostol fue más efectivo que el dinoprostone. No hubo diferencia en ambos grupos sobre la hiperestimulación, pero más efectos adversos maternos se encontraron con el misoprostol con diferencias no significativas. Los autores CONCLUYEN que bajas dosis de misoprostol es una buena alternativa para inducir el parto en caso de RPM particularmente si el cervix es desfavorable. Los efectos severos no fueron evaluados en esta muestra.

INDUCCION y CERVIX DESFAVORABLE

Un estudio de realizado en la India tuvo como propósito comparar 2 regimenes de inducción del parto en mujeres con cervix desfavorable: misoprostol oral versus misoprostol oral seguido rutinariamente de ocitocina (3). METODO Estudio randomizado prospectivo que incluyó 200 mujeres con cuello desfavorable. Un grupo recibió misoprostol oral (25 microgramos cada 3 horas) (Primer Grupo N = 100) y el otro grupo 2 dosis de misoprostol de rutina, seguida de ocitocina

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

(Segundo Grupo N = 100). Los RESULTADOS mostraron que el puntaje de Bishop en el segundo grupo fue significativamente más alto que en el primero ($p < 0,0001$). El intervalo entre la inducción y el nacimiento, la frecuencia de cesárea, de parto vaginal dentro de las 24 horas, porcentaje de contractilidad anormal y resultados neonatales fueron similares en ambos grupos. Se CONCLUYE que no hay beneficio de administrar rutinariamente ocitocina. Ambos regimenes tuvieron 85% y 87% de nacimientos vaginales con baja incidencia de hipercontractilidad.

En Malasia, Tan (4) compara la ocitocina con el dinoprostone pesario versus dinoprostone pesario solo en la inducción del parto en nulíparas con cervix desfavorable y membranas ovulares íntegras, un puntaje de Bishop menor de 6 y admitidas para inducir el parto. (PGE2) METODO Estudio randomizado, donde todas las mujeres recibieron dinoprostone pesario para la inducción y uno de los grupos recibió además infusión de ocitocina y el otro, placebo (solución salina). RESULTADOS No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a nacimientos por vía vaginal dentro de las 24 horas de la administración de alguno de los regimenes antedichos. ($p = 0,07$). El grupo con ocitocina reduce significativamente la necesidad de repetir el dinoprostone ($P = 0,001 - 37,1\%$ vs $61,2\%$ RR = 0,61 IC95% 0,45-0,81) y mejora el grado de significación de las madres. No hubo diferencias en la frecuencia de cesáreas. Se CONCLUYE que la inducción del parto con ocitocina y dinoprostone vaginal puede ser considerado para utilizar en las nulíparas con cervix desfavorable.

Otro estudio (5) compara la eficacia y seguridad del misoprostol intravaginal con el dinoprostone intracervical en gel para la inducir del parto con cervix desfavorable. METODO Cien mujeres con cuello uterino desfavorable que requerían inducción del parto fueron randomizados. Al primer grupo se le administró 25 microm de misoprostol vaginal 4 horas o 0,5 mg de dinoprostone intracervical 12 horas. RESULTADOS La paridad, y el modo de nacer fueron comparables. La mejoría del puntaje de Bishop a las 12 horas fue mejor en el grupo de misoprostol y el intervalo entre la administración y el nacimiento también fue más corto en ese grupo. La frecuencia de complicaciones fueron comparables. Se CONCLUYE que el misoprostol vaginal (25 microm cada 4 horas) es seguro y efectivo para la inducción del parto y acorta el intervalo del nacimiento.

CONDUCTA ACTIVA y MANEJO EXPECTANTE con o sin RPM.

Un estudio de Nelly (6) observa el efecto de la ocitocina sola en el 3er trimestre para maduración del cervix o inducción del parto con placebo o no tratamiento. Se estudiaron 58 ensayos clínicos randomizados que incluyeron 11.129 mujeres que compararon ocitocina sola con el manejo expectante. Los RESULTADOS mostraron que la ocitocina sola, reduce la falla de los partos vaginales dentro de las primeras 24 horas en relación con el manejo expectante (8,3% vs 54%) (RR = 0,16 IC95% 0,10-0,25), pero se incrementó el número de cesáreas (10,4% vs 8,9%) (RR = 1,17 IC95% 1,01-1,36). En suma si existe Ruptura de las Membrana a término o cerca del término debe recomendarse la inducción por cualquier método, pero si las membranas están íntegras no hay suficiente información para realizar una firme recomendación.

CESAREA PREVIA y PARTO VAGINAL

Es un capítulo aparte que excede de que haya o no ruptura de membranas. Le anexamos la respuesta a un colega, realizada por "nacerlatinoamericano" en febrero del 2009 que puede serle de utilidad. Anexamos dicho documento. Está en www.nacerlatinoamericano.org → Area Temática → Pregunta a Profesionales → Sector Parto → Cesárea Previa y Parto Vaginal.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Justus Hofmeyr G. Induction of labour with unfavourable cervix. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003 Oct;17(5):777-94.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12972014?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 2) Bricker L, Peden H, Tomlinson AJ, Al-Hussaini TK, Idama T, Candelier C, Furniss H, Davies A, Kumar B, , Roberts J, Alfirevic Z. Titrated low-dose vaginal and/or oral Misoprostol to induce labour for prelabour membrane rupture: a randomised trial. BJOG 2008 Nov;115(12):1503-11. Epub 2008 Aug 25.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18752586?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 3) De A, Bagga R, Goplan S. The routine use of oxytocin after oral Misoprostol for labour induction in women with unfavourable cervix is not of benefit. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 2006 Aug;46(4):323-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866794?ordinalpos=26&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 4) Tan PC, Valiapan SD, Tay PY, Omar SZ. Concurrent oxytocin with dinoprostone pessary versus dinoprostone pessary in labour induction of nullíparas with an unfavourable cervix:a randomised placebo-controlled trial. BOJG 2007 Jul;114(7):824-32. Epub 2007 May 16.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17506788?ordinalpos=14&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 5) Krithika KS, Aggarwal N, Suri V. Prospective randomised controlled trial to compare safety and efficacy of intravaginal Misoprostol with intracervical Cerviprime for induction of labour with unfavourable cervix. J Obstet Gynaecol. 2008 Apr;28(3):294-97.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569471?ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 6) Nelly AJ, Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction labour. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(3):CD003246.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687060?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum