

NACERLATINOAMERICANO
<http://www.nacerlatinoamericano.org>
<http://www.nacerlatinoamericano.com>

Pregunta: ¿ Es útil la rotura de las membranas ovulares en embarazos de termino, para la inducción del parto?

ROTURA ARTIFICIAL de MEMBRANAS para INDUCIR el PARTO
(Actualización Abril 2008)

INTRODUCCION

La Rotura Artificial de las Membranas (Amniotomía) es una intervención utilizada en obstetricia para inducir el trabajo de parto desde la mitad del siglo XVIII. Se usa ya sea para iniciar o acelerar el parto a través del aumento de la contractilidad uterina. Ella puede realizarse como única intervención o ser acompañada con otros agentes farmacológicos (ocitocina, prostaglandinas). Teóricamente la amniotomía libera prostaglandinas endógenas lo que favorece los cambios cervicales y el desencadenamiento del parto. Otra función que tiene la ruptura de las membranas es conocer la cantidad y el tipo del líquido amniótico. Ciertos riesgos potenciales de la amniotomía son el prolapso del cordón umbilical y la infección por la contaminación con materia fecal. Ella está contraindicada en mujeres con VIH (1). Actualmente la amniotomía se usa más frecuentemente en combinación con otros agentes farmacológicos.

La causa más frecuente de inducción hace más de 100 años era la muerte fetal, pero actualmente los problemas hipertensivos y el parto prolongado son las más frecuentes indicaciones de la inducción del parto que hoy oscila alrededor del 20% de los nacimientos (2).

AMNIOTOMIA PARA la INDUCCION del PARTO

---- Una revisión sistemática realizada por Bricker y Luckas (3) tuvo como OBJETIVO evaluar el efecto de la amniotomía sola realizada en el 3er trimestre de la gestación para inducir el parto en mujeres con feto vivo.

Se seleccionaron 2 estudios clínicos randomizados que incluyeron 310 mujeres (50 y 260 mujeres para cada uno de los estudios. Se comparó la amniotomía sola en gestantes en el 3er trimestre para madurar el cuello o inducir el parto, en relación con placebo o no tratamiento.

Con los RESULTADOS obtenidos, no fue posible sacar conclusiones entre amniotomía sola y no intervención. En cambio en uno de los estudios (4) o se comparó la amniotomía sola con una sola dosis de prostaglandinas vaginal en mujeres con cuello favorable y se encontró una necesidad de incrementar la ocitocina en el grupo de de amniotomía sola (44% versus 15% (RR = 2,85 IC95% 1,82-4,46).

Se CONCLUYE que si bien la amniotomía por si sólo ha sido relegada para la inducción del parto, no es así cuando se acompaña de agentes farmacológicos, por lo que hay que continuar con las investigaciones.

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.

---- Otra revisión realizada en el 2007 por Smyth (5) tuvo como OBJETIVO evaluar la efectividad y seguridad de la amniotomía sola para a) acortar rutinariamente todos los partos que comenzaron espontáneamente b) acortar los partos que habían comenzado espontáneamente pero luego se prolongaron.

Se seleccionaron 14 estudios randomizados que incluyeron 4.893 mujeres. Sus RESULTADOS no mostraron diferencias significativas en la duración del 1er estadio del parto (período dilatante) entre ambos grupos, ni con la satisfacción de la madre en su experiencia de parto (RR = 0,27 IC95% 0,49-1,04), ni en el bajo puntaje de Apgar al 5to minuto (RR = 0,55 IC 95% 0,29-1,05). El grupo con amniotomía tuvo un incremento de las cesáreas en comparación con el grupo control, pero las diferencias no fueron significativas (RR = 1,26 IC 95% 0,98-1,62).

Se CONCLUYE en bases a estos hallazgos que no hay evidencia para recomendar la amniotomía rutinariamente para el manejo del trabajo de parto.

Como COMENTARIO GENERAL diremos que en países con limitados recursos la amniotomía puede ser una intervención de primera línea y en caso de mujeres con cesárea anterior sería ventajoso evitar la estimulación uterina con drogas.

AMNIOTOMIA TEMPRANA o TARDIA SIGUIENDO la MADURACION CERVICAL

La maduración del cuello uterino con catéter Foley, comunmente resulta dilatación cervical sin contracciones.

Un estudio prospectivo clínico randomizado de Levy (6) tiene como OBJETIVO determinar los resultados del trabajo de parto en mujeres bajo inducción del parto (catéter Foley) con a) amniotomía temprana b) amniotomía tardía o ocitocina.

Las PARTICIPANTES fueron 168 mujeres con feto único con más de 37 semanas de gestación y sin cesáreas previas. A un grupo se le realizó amniotomía temprana (N = 80) y a otro amniotomía tardía (N = 88).

Los RESULTADOS mostraron que en el grupo de amniotomía temprana, la incidencia de operación cesárea fue significativamente mayor que la tardía (25% versus 7,9%) (RR = 1,74 IC95% 1,13-2,34). La principal causa de la cesárea fue la distocia (15% versus 3,3%). Excluyendo la cesárea, no hubo diferencias en la duración del parto entre ambos grupos (8,3 horas versus 7,7 horas). Se CONCLUYE que la aceleración del parto con ocitocina seguida con amniotomía tardía, disminuye la frecuencia de cesárea por distocia.

AMNIOTOMIA MAS OCITOCINA INTRAVENOSA PARA LA INDUCCION DEL PARTO

Una revisión sistemática realizada por Howarth y Botha (6), tuvo como OBJETIVO determinar la mejor evidencia disponible sobre eficacia y

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.

seguridad de la amniotomía y la ocitocina endovenosa para la inducción del parto en el tercer trimestre de la gestación.

Se seleccionaron 17 estudios que incluyeron 2.566 mujeres, en las que se estudiaron el efecto de la amniotomía y ocitocina endovenosa para maduración cervical o iniciar el trabajo de parto, que fueron comparadas con otro grupo al cual se le administró placebo o no tratamiento. Mediante randomización las mujeres fueron asignadas a cada uno de los grupos. Los RESULTADOS mostraron que la amniotomía y ocitocina endovenosa (intervención) logró más partos vaginales a las 24 horas que la amniotomía sola (RR = 0,03 IC95% 0,001-0,49). Por otro lado, el grupo intervenido redujo los partos vaginales instrumentales en 82% (RR = 0,18 IC 95% 0,05-0,58).

La amniotomía más la ocitocina endovenosa provocaron más hemorragia post-parto que las prostaglandina administradas por vía vaginal (RR = 5,5 IC 95% 1,26-24,07). También hubo significativamente más insatisfacción por parte de las mujeres cuando se comparó la amniotomía y ocitocina endovenosa con las prostaglandinas vaginales .

CONCLUSIONES Son escasos datos sobre la efectividad y seguridad de amniotomía y ocitocina endovenosa. Con esta revisión es difícil dar una recomendación respaldada por la evidencia científica.

Este documento no pretende reemplazar al profesional médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado.

COMENTARIOS

Debido a la frecuencia de la utilización de estas intervenciones en partos de término, cuello favorable y feto único se hace imprescindible seguir investigando los posibles beneficios y potenciales efectos adversos de la misma.

BIBLIOGRAFIA

1- Landesman SH, Kalish LA, Burns DN, Minkoff H, Fox HE, Zorrilla C, Garcia P, Fowler MG, Mofenson L, Tuomala R. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. The Women and Infants Transmission Study. N Engl J Med. 1996; Jun 20;334(25):1617-23.

2- Mackenzie IZ. Induction of labour at the start of the new millennium. Reproduction. 2006; Jun;131(6):989-98.

3- Bricker L, Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Updated Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 20 Agosto 2000.

4- Mahmood TA, Rayner A, Smith NC, Beat I A randomized prospective trial comparing single dose prostaglandin E2 vaginal gel with forewater amniotomy for induction of labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1995

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.

;Feb;58(2):111-7.

5 - Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Updated Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 13 July 2007.

6 - Levy R, Ferber A, Ben-Arie A, Paz B, Hazan Y, Blickstein I, Hagay ZJ. A randomised comparison of early versus late amniotomy following cervical ripening with Foley catéter. BJOG 2002 Feb;109(2):168-72.

7 - Howarth GR, Botha DJ. Amniotomía más ocitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Updated Software. A substantive amendment to this systematic review was last made 25 Mayo 2001. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.