

11217

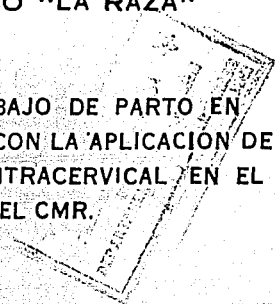
72
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO EN
EMBARAZOS A TERMINO CON LA APLICACION DE
PROSTAGLANDINA E2 INTRACERVICAL EN EL
H.G.O. 3 DEL CMR.



TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N :
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DRA. SILVIA HERNANDEZ GONZALEZ

ASESORES: DR. MARTIN MEZA VARGAS
DR. OLGUIN BARRERA JOSE ANTONIO



IMSS

MEXICO, D. F.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1995

SECRETARIA DE SALUD



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI MADRE

Que me ha conducido por la vida con amor y paciencia hoy
ve forjado un anhelo, una ilusión, un deseo, gracias por -
compartir mis horas grises y mis momentos felices durante
estos 3 últimos años y por el apoyo que siempre me has --
brindado sin esperar nada a cambio.

Dios te bendiga y guarde

A MI PADRE

Como un testimonio de gratitud y profundo agradecimiento por el apoyo moral que desde pequeña me brindo y con el cual he logrado terminar mi residencia, aunque en estos últimos 3 años no se encontraba cerca de mí, su recuerdo siempre me ha acompañado fortaleciendome para no desfallecer y lograr mi meta

A MIS HERMANOS Y HERMANAS

Gracias por todo el apoyo, cariño, comprensión que me han
brindado durante toda mi vida, especialmente durante -
estos 3 últimos años que han sido los más difíciles y -
que gracias a su apoyo he logrado alcanzar mi meta.

A MIS ASESORES DE TESIS

Dr. José Antonio Olguin Barrera

Dr. Martín Meza Vargas

Gracias por su orientación y apoyo para la elaboración
de mi tesis

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVO	8
HIPOTESIS	9
MATERIAL Y METODO	10
RESULTADOS	16
CUADROS	19
GRAFICAS	30
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUCCION

Durante la mayor parte del embarazo, el cuello uterino está constituido sobre todo por colágena y una sustancia fundamental rica en glucosaminoglucanos. La estructura y distribución de estos componentes es tal, que el cervix constituye una sólida barrera protectora para el feto contra el medio externo. Durante los días a semanas previos al inicio del trabajo de parto, la consistencia del cervix suele cambiar, de manera que se hace más blando y fácil de distender. Simultáneamente, el cervix empieza a borrarse y el conducto endocervical a dilatarse.

Este proceso de "maduración" cervical parece ser la culminación de una serie de sucesos bioquímicos dirigidos por hormonas que modifican la composición de la colágena y la sustancia fundamental. La colágena con enlaces cruzados en la matriz extracelular, se fragmenta y solubiliza, en tanto que su contenido total disminuye. De esta manera, la sustancia fundamental aumenta y la distribución de glucosaminoglucanos cambia de dermatán y condroitinsulfato al ácido hialurónico, más hidrofílico.

Pruebas directas e indirectas apoyan la premisa de que la maduración cervical está bajo control hormonal, aunque se conoce pocos mecanismos. Durante la mayor parte del embarazo, la progesterona tal vez inhibe o retrasa la maduración cervical. Por el contrario, estudios en seres humanos y animales sugieren que los estrógenos y posiblemente la relaxina, promueven la maduración cervical, tal vez mediante regulación ascendente de las colagenasas y otras enzimas proteolíticas.

Estrógenos y relaxina también parecen contribuir a la inducción de actividad de la fosfolipasa, que incrementa la producción local de prostaglandina E 2 (PGE2), capaz de promover la maduración cervical por vías aún no definidas.

Hay poca duda de que la maduración cervical facilita el trabajo de parto y finalmente favorece el parto vaginal, sobre todo en las nulíparas. El cervix no maduro aumenta mucho la posibilidad de parto postérmino y cesárea, particularmente cuando se considera necesaria la inducción del trabajo de parto. En estas circunstancias si no se toman las medidas para mejorar el estado cervical antes de la inducción, la sola administración de oxitocina pudiera ser relativamente ineficaz y causar prolongación y fracaso de la inducción, y un incremento en la tasa de cesáreas, estancia hospitalaria y aumento de la morbilidad materna y fetal.

Desde entonces muchos estudios han demostrado la eficacia de la prostaglandina E2 y en menor grado la prostaglandina F2 alfa para la maduración del cervix e inducción del trabajo de parto. Entre ellos hay muchos que demostraron que pequeñas dosis de prostaglandina E 2 aplicada en forma intracervical brindan mejoría significativa del índice de Bishop independientemente de la actividad uterina y con pocos efectos sistémicos.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En 1971 Karim y Sharma fueron los primeros que intentaron la inducción clínica del parto a término mediante la administración oral de prostaglandinas E₂ (27).

La fase latente del borramiento y la dilatación del cervix son logrados con poco sufrimiento para la paciente con membranas fetales intactas y sin riesgo para el feto ya que hay una reducción de las infecciones y un mejor flujo sanguíneo utero-placentario -- siendo demostrado por Macullum y Govern en 1983; Caldero Barcia y colaboradores en 1974 (2,4,5,6,11,12,13,15).

Friedman y Sachtleben en 1974 compararon las características de las contracciones de 3 tipos de parto, los inducidos con prostaglandinas E₂, oxitocina y partos normales. Pudiendo comprobar que el parto progresaba dependiendo de la dosis de PGE₂ oral.

Murray y Clinch demostraron que las contracciones con prostaglandinas E₂ eran menos dolorosas que las producidas por la oxitocina y que necesitaban menos analgesia durante el parto en los casos tratados con prostaglandinas E₂ (2,8,21,23,25,26,27).

El modo exacto de acción de la prostaglandina E₂ en el tejido cervical es desconocido, Danforth y colaboradores en 1974 sugirieron que el ablandamiento del cervix se debió a cambios bioquímicos del tejido conectivo. En nuestros estudios in vitro observamos un considerable aumento en la síntesis de sulfato de glucosaminoglicanos en el tejido cervical después del tratamiento con prostaglandina E₂ (2,4,5,9,17,18). También encontraron que después del parto el cervix tuvo un ligero aumento de agua y una marcada declinación en

la colágena y glucoproteínas (13).

Dosis bajas de prostaglandina F2 alfa fueron exitosas en el acortamiento del parto, a pesar de sólo un ligero incremento en el registro de Bishop, no obstante ser considerada una prostaglandina débil comparada dosis a dosis con la prostaglandina E2 siendo demostrado por Embrey en 1975 (8).

Conrad y Ueland en 1976 reporto que después del tratamiento -- con prostaglandina E2 hubo una considerable disminución en la resistencia cervical (5). Los estudios de Coutinho y Darze en 1976 de la actividad mecánica del cervix en vivo sugieren que la prostaglandina E2 tiene un efecto relajante en el musculo liso del cervix preñado. Esto está de acuerdo con los estudios in vitro de Najak y colaboradores en 1970, en el cual muestra que la actividad contractil espontanea de la placa muscular cervical fue incrementada por prostaglandina F2 alfa y disminuida por la prostaglandina E2. El actual estudio confirma los reportes previos de que la administración de prostaglandina E2 en gel puede inducir la maduración del cervix y el parto en pacientes con embarazo a término y cervix desfavorable (1,3,5,11,13,19,26).

Najak y colaboradores en 1977 descubrió que la prostaglandina E2 relaja la capa muscular externa del cervix (5). Ha sido reportado por algunos investigadores la maduración cervical antes del parto por medio de prostaglandina E2 en gel aplicada localmente. Calder, Mackenzie, Embrey en 1977 sugirieron que la dosis de preparación óptima de prostaglandina E2 es aproximadamente de 400 microgramos. Calder ha demostrado que la maduración del cer

vix con prostaglandina E2 antes del parto redujo la incidencia de asfixia al nacer (12).

Mackenzie y Embrey en 1978 demostraron que las pacientes que iniciaron su parto posterior al tratamiento con prostaglandina E2 tuvieron una reducida necesidad de oxitocina, analgesia epidural y más bajos porcentajes de partos operatorios (1,2,8,12,21,25).

Wingerup y colaboradores en 1978 confirmaron que la maduración cervical favorable fue obtenida después de una sola dosis administrada de prostaglandina E2 sin efectos colaterales sistémicos (1,4,5,6,11,17).

Esta relativa carencia de efecto en la maduración cervical pero con el acortamiento del intervalo inducción-parto había sido reportado previamente por Mackenzie y Embrey en 1979 y ha postulado que la prostaglandina F2 alfa puede tener más efecto en el miometrio que en el cervix. Una explicación puede ser que esa prostaglandina incrementa la sensibilidad del miometrio a la oxitocina (β).

MacLennan y Green en 1979 reportan que no hubo acortamiento del intervalo inducción-parto a pesar de un incremento en el registro cervical al usar 50mg de prostaglandina F2 alfa en gel (8). Mackenzie en sus estudios clínicos apoyan una relación entre los niveles de estradiol circulante y la eficacia de las prostaglandinas en la maduración del cervix (12,23).

El estudio más grande reportado fue conducido por Noah y otros autores en 1986 realizando una prueba multicentrica bajo un solo -

protocolo en 16 centros de Europa Occidental y 2 en Africa. Se trataron a mujeres embarazadas con un cervix desfavorable, un grupo fue tratado con prostaglandina E2 en gel y otro con placebo. El éxito de la inducción fue obtenido en el 83% de las pacientes tratadas y 53% en las no tratadas. El intervalo de tiempo entre la inducción parto fue corto y menos cesáreas fueron realizadas (2). La mayoría de los investigadores han reportado experiencias con una sola dosis debido a el éxito de la maduración cervical o a el parto sucedido poco tiempo después de la aplicación del gel intracervical (2,8,11,12,13,17,21,25,26,27,28).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen condiciones maternas y fetales en las cuales esta indicada la interrupción del embarazo en pacientes con cervix desfavorable y con embarazo a término, siendo un problema clínico para el obstetra ya que en estas condiciones hay un incremento en la morbilidad materna y neonatal causada por un parto prolongado y por lo tanto un incremento significativo en la frecuencia de partos por cesárea.

Siendo la alternativa los inductores para la maduración del cervix como la prostaglandina E2 en gel intracervical ya que la sustancia activa entra en contacto directo con el órgano efector, evitando de esta manera la absorción sistémica y los efectos colaterales. También se ha observado una disminución en el porcentaje de partos por cesárea, mejorando el flujo utero-placentario y disminuyendo por lo tanto la asfixia neonatal, el intervalo de inducción parto y la dosis de analgesia epidural.

OBJETIVO

Acortamiento del intervalo de inducción-conducción del trabajo de parto en embarazos de término con la aplicación de prostaglandina E2 en gel intracervical, para disminuir la morbilidad materno-fetal y los partos por cesárea.

HIPOTESIS

1.- La administración de prostaglandina E2 en gel intracervical acorta el intervalo de inducción-conducción del trabajo de parto - en pacientes con embarazo a término y con un cervix desfavorable - ya que actua sobre el organo efector.

2.- La administración de prostaglandina E2 en gel intracervical no modifica en lo absoluto el intervalo de inducción-conducción del trabajo de parto en pacientes con embarazo a término y con un cervix desfavorable a pesar de que actua sobre el organo efector.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, observacional y descriptivo.

MATERIAL:

El presente estudio se llevo a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3, Centro Médico "La Raza", en el Departamento de Perinatología I y II; en el período comprendido de octubre de 1993 a enero de 1994.

Se estudiaron a 50 pacientes con alguna indicación médica u obstetrica para interrumpir el embarazo, con un cervix desfavorable y embarazo de término. Se dividieron en 2 grupos de 25 pacientes cada uno siendo asignado a el grupo A las pacientes tratadas con gel de prostaglandinas E2 intracervical y el grupo B a las pacientes tratadas con oxitocina. Ha su ingreso se solicitaron exámenes de laboratorio que incluyeron biometria hématica, química sanguínea, tiempos de coagulación, plaquetas, grupo y Rh, cruce. Se valora las condiciones del cervix mediante el registro de Bishop modificado.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Edad entre 17 a 37 años
- 2.- Paridad de 1 a 4
- 3.- Edad gestacional de 36 a 42 semanas
- 4.- Índice de Bishop modificado igual o menor de 4
- 5.- Presentación cefálica
- 6.- Embarazo único
- 7.- Placenta normoinsera
- 8.- No exista desproporción cefalo-pelvica
- 9.- No exista ruptura prematura de membranas

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Edad menores de 17 años y mayores de 37 años
- 2.- Paridad mayor de 4
- 3.- Edad gestacional menor de 36 semanas y mayor de 43 semanas
- 4.- Índice de Bishop modificado mayor de 4
- 5.- Presentación pélvica
- 6.- Desproporción cefalo-pelvica
- 7.- Embarazo multiple
- 8.- Intentos anteriores de inducción
- 9.- Inserción baja de placenta
- 10.- Cesárea previa

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Hipersensibilidad a las prostaglandinas
- 2.- Hemorragia intraparto
- 3.- Sufrimiento fetal agudo
- 4.- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

METODO:

Se estudiarón 50 pacientes dividiendose en 2 grupos siendo el grupo A el tratado con gel de prostaglandina E2 intracervical y el grupo B el manejado con oxitocina.

El día de la aplicación del gel de prostaglandina E2 intracervical, se realizó un registro del índice de Bishop modificado el cual fue igual o menor de 4, frecuencia cardiaca fetal basal con Pinard por 20 minutos, evaluandose la condición fetal, ausencia de actividad uterina, signos vitales .

En posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia de la región vulvar, se coloca un espejo vaginal para la visualización directa del cervix, se limpia con benzal la parte superior de la vagina y el cervix para remover exceso de moco o flujo. Posteriormente se aplica el gel de prostaglandina E2 de 0.5mg con una jeringa preparada con un cateter esteril en el canal endocervical a nivel del orificio cervical interno.

Posterior a la aplicación del gel, se mantendra en reposo en decubito lateral izquierdo con vigilancia de frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina, signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora y después cada hora por 6 a 8 horas.

Las pacientes que desencadenaron actividad uterina regular durante el período de observación seran revaloradas a las 3 horas de haber recibido el gel de prostaglandina E2.

Se considera inducción exitosa a la presencia de actividad uterina con dilatación de 3cm o más, sin haber practicado amniotomía, ni administración de oxitocina durante un lapso no mayor de 8 horas.

Si el trabajo de parto se regulariza se continúa con vigilancia de la actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal; reservando la conducción del trabajo de parto para los casos con actividad uterina irregular.

La hiperestimulación uterina fue definida como una frecuencia de 5 ó más contracciones uterinas en 10 minutos y con una duración de más de 2 minutos. La cual se tratara administrando soluciones parenterales, tocolíticos del tipo de los beta mimeticos, oxigenoterapia, decubito lateral izquierdo con vigilancia estrecha de la frecuencia cardiaca fetal.

PROTOCOLO DE ESTUDIO DE INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZOS A TERMINO CON LA APLICACION DE PROSTAGLANDINAS E2 INTRACERVICAL

NOMBRE _____
 No DE AFILIACION _____
 EDAD _____
 AGO: Menarca Ritmo IVSA G P A C
 FUR CPN

INDICE DE BISHOP MODIFICADO

Valor	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2	3-4	5 ó más
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80% ó más
Altura presentación	-3	-2	-1/0	1+
Consistencia	dura	inter- media	blanda	-
Posición	Post	Inter- medio	ant	-

Calificación de Bishop al ingreso _____

Signos vitales al ingreso:

TA _____ FC _____ FR _____ TEMP. _____
 FCF BASAL _____ ACTIVIDAD UTERINA SI _____ NO DURACION _____ FRC _____
 HORA DE APLICACION DEL GEL DE PGs E2 _____ FECHA _____

HORARIO SIGNOS VITALES

15x"	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
30x"	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
45x"	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
1)X"	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
2 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
3 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
	TACTO VAGINAL					
4 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
5 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
6 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
7 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
8 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
	TACTO VAGINAL					
9 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
10hr	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____
12 hrs	TA _____	FC _____	FR _____	TEMP _____	ACT. U. _____	FCF _____

HORA DE NACIMIENTO Y FECHA _____

SEXO _____ PESO _____ APGAR AL MINUTO Y % MIN _____
 TALLA _____ LIQUIDO AMNIOTICO _____

RESULTADOS:

La inducción del trabajo de parto en pacientes con embarazo a término fueron manejadas con prostaglandinas E2 intracervical y con oxitocina comparativamente, siendo valoradas en el servicio de Perinatología I y II, con índice de Bishop modificado igual o menor de 4, con embarazo de 36 a 42 semanas.

La edad promedio de las pacientes manejadas con prostaglandinas E2 intracervical varió entre 17 a 37 años, siendo en promedio de 24 años en un 32%. La edad gestacional que presentó mayor incidencia en este grupo fue de 40 a 42 semanas con un 52%, a las 38 a 39 semanas en un 36%, y de 36 a 37 semanas en un 12% (cuadro 1, 2, grafica 1, 3).

Se obtuvieron los siguientes antecedentes Gineco-obstetricos en estas pacientes, el 36% fueron primigestas, el 12% eran secundigestas, 24% fueron gesta III y un 28% eran gesta IV; el 12% tenia el antecedente de 1 aborto y 0% de cesáreas previas (cuadro 4).

El mayor porcentaje se presentó en pacientes con índice de Bishop modificado de 4 en un 56% (cuadro 5 y grafica 4).

El éxito de la inducción en un intervalo de tiempo de 6 a 8 horas fue en un 80% y un 20% sin respuesta (cuadro 7 y grafica 5).

Los principales síntomas presentados en estas pacientes como efectos colaterales fueron: vomito 4 casos, diarrea 3, alteraciones en la actividad uterina (polisistolia, hipertonia) 3; sufrimiento fetal agudo 3, depresión neonatal 7 (cuadro 8).

Siendo el principal síntoma la depresión neonatal en un 28%, vomito en un 16%, diarrea, alteraciones de la actividad uterina en un 12% cada uno de estos.

La vía de interrupción del embarazo fue parto vaginal en un 88% y cesárea en un 12% la cual fue secundaria a polisistolia hipertonia uterina y sufrimiento fetal agudo (cuadro 9 y grafica6).

La evaluación neonatal por medio del Apgar al minuto fue de 72% siendo la calificación de 8 y 6 en un 4%. A los 5 minutos el Apgar fue del 80% con una calificación de 9 y de 6 en un 4%; presentando alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal un 12% siendo interrumpido el embarazo por vía abdominal (cuadro 10).

En el segundo grupo de 25 pacientes que fueron manejadas con oxitocina, la edad materna vario entre 17 a 37 años, siendo en promedio de 19 años en un 76%. La edad gestacional más frecuente fue entre 38 a 39 semanas en un 56%, de 36 a 37 semanas en un 8% y de 40 a 42 semanas en un 36% (cuadro 1,2; grafica 1,2).

Entre los antecedentes Gineco-obstetricos se encontro mayor incidencia en primigestas en un 44%, gesta II en un 24%, gesta III en un 4% y 28% en gesta IV. Partos I en un 24%, II en un 12% y III en un 16%. Con antecedente de 1 y 2 abortos en un 4% cada uno. Cesáreas previas en un 8% (cuadro 3).

El índice de Bishop modificado fue de 4 en un 64% y 3 en un 28%, de 2 en un 8% (cuadro 5, grafica 4).

El exito de la inducción en un intervalo de 6 a 8 horas fue de 24% y un 76% sin respuesta. (cuadro 6, grafica 5).

La vía de interrupción del embarazo fue por parto vaginal en un 96% y cesárea en un 4% secundaria a sufrimiento fetal agudo (cuadro 9, grafica 6).

La evaluación neonatal por medio del Apgar al minuto fue de-- 88% siendo la calificación de 8 y de 6 en un 4%. A los 5 minutos fue del 88% con una calificación de 9 y de 7 en un 4%; presentando alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal en un 4%, interrumpiendo el embarazo por vía abdominal (cuadro 11).

CUADRO I

Edad	17-20	21-24	25-28	29-32	33-37	TOTAL
Oxitocina	11	5	4	2	3	25
Prostaglan- dinas	8	8	2	5	2	25

EDAD MAS FRECUENTE EN PACIENTES CON INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO

CUADRO 2

Edad Gestacional	36-37	38-39	40-42	TOTAL
Oxitocina	2	14	9	25
Prostaglandinas	3	9	13	25

EDAD GESTACIONAL MAS FRECUENTE EN PACIENTES CON INDUCCION DE PARTO

CUADRO 3

Número	I	II	III	IV	TOTAL
Gestas	11	6	1	7	25
Partos	6	3	4	0	13
Abortos	1	1	0	0	2
Cesárea	2	0	0	0	2

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN PACIENTES INDUCIDAS CON OXITOCINA

CUADRO 4

Número	I	II	III	IV	TOTAL
Gestas	9	3	6	7	25
Partos	5	5	6	0	16
Abortos	3	0	0	0	3
Cesárea	0	0	0	0	0

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS EN PACIENTES INDUCIDAS CON PROSTAGLANDINAS

CUADRO 5

Indice de Bishop	1	2	3	4	TOTAL
Oxitocina	0	2	7	16	25
Prostaglandinas	1	6	4	14	25

INDICE DE BISHOP MODIFICADO EN PACIENTES CON INDUCCION DE PARTO

CUADRO 6

Horas	Con Respues ta.	Sin Respues ta.	TOTAL
6- 8	6	19	25
12 ó más	25	0	25

INDUCCION EXITOSA EN PACIENTES MANEJADAS CON OXITOCINA

CUADRO 7

Horas	Con Respues ta.	Sin Respues ta	TOTAL
6- 8	20	5	25
12 ó más	22	3	25

INDUCCION EXITOSA EN PACIENTES MANEJAS CON PROSTAGLANDINAS.

CUADRO 8

Síntomas	V	D	AAU	SFA	DN	TOTAL
No CASOS	4	3	3	3	7	20

V Vómito

D Diarrea

AAU Alteraciones de la actividad uterina

SFA Sufrimiento fetal agudo

DN Depresión neonatal

EFFECTOS COLATERALES DE LAS PROSTAGLANDINAS

CUADRO 9

Vía interrupción	Vaginal	Abdominal	TOTAL
Oxitocina	24	1	25
Prostaglandinas	22	3	25

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON INDUCCION DEL PARTO

CUADRO 10

Apgar	6	7	8	9	TOTAL
Al minuto	1	6	18	0	25
A los 5 minutos	1	0	4	20	25
Alteración FCF	2				2

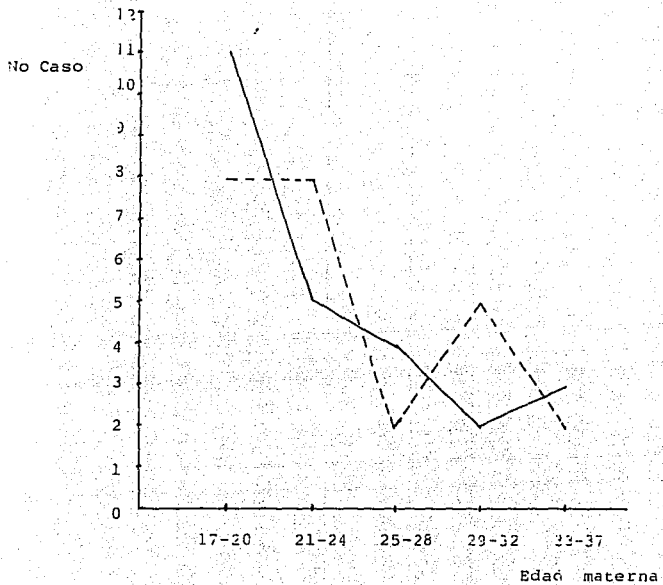
EVALUACION NEONATAL EN PACIENTES MANEJADAS CON PROSTAGLANDINAS

CUADRO 11

Apgar	6	7	8	9	TOTAL
Al minuto	1	2	22	0	25
A los 5 minutos	0	1	2	22	25
Alteración FCF	1				1

EVALUACION NEONATAL EN PACIENTES MANEJADAS CON OXITOCINA

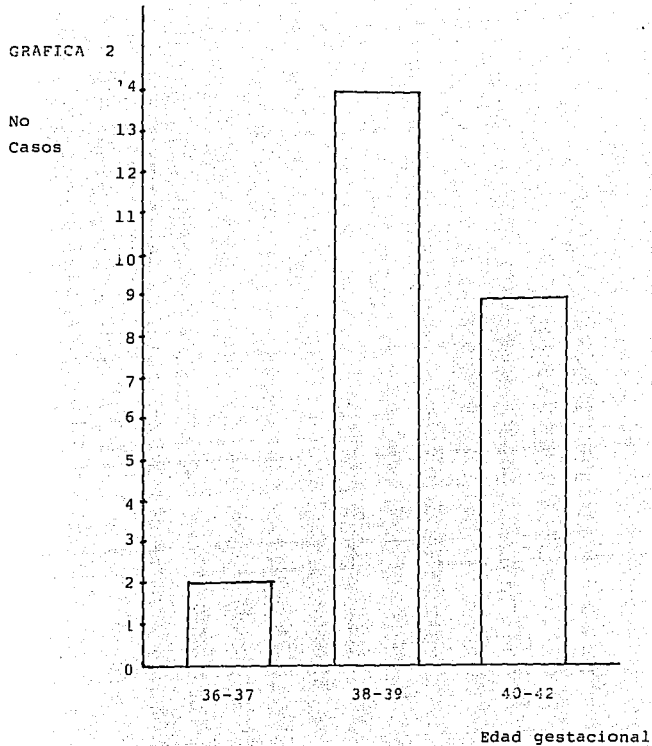
GRAFICA 1



Oxitocina _____
 Prostaglandinas - - - - -

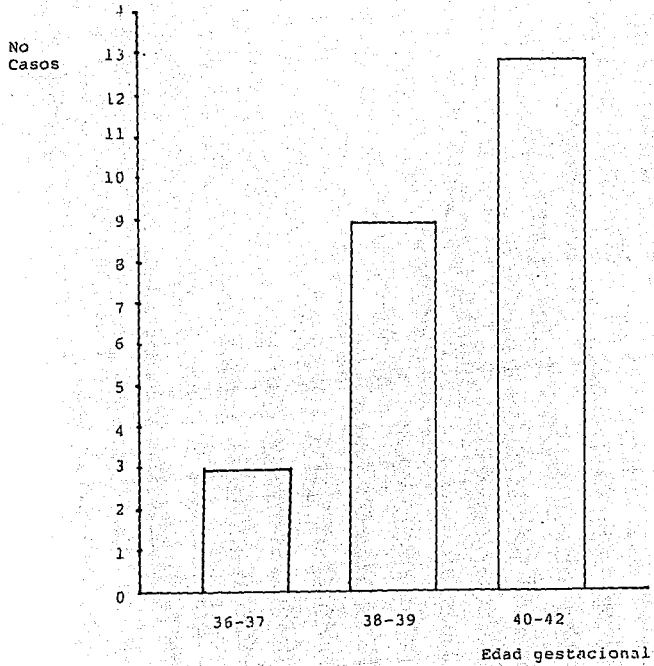
EDAD MAS FRECUENTE EN PACIENTES CON INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO

GRAFICA 2

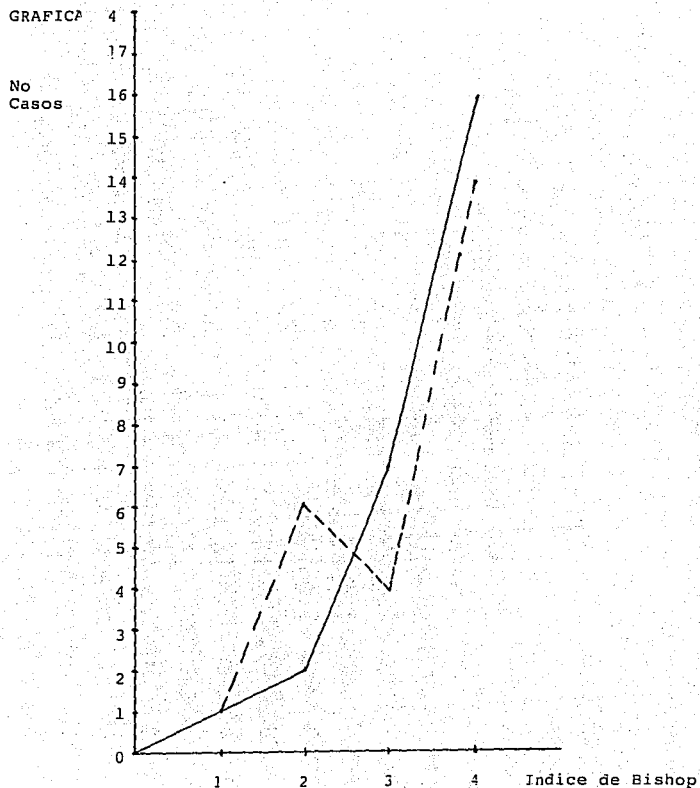


EDAD GESTACIONAL MAS FRECUENTE EN PACIENTES INDUCIDAS CON OXITOCINA

GRAFICA 3



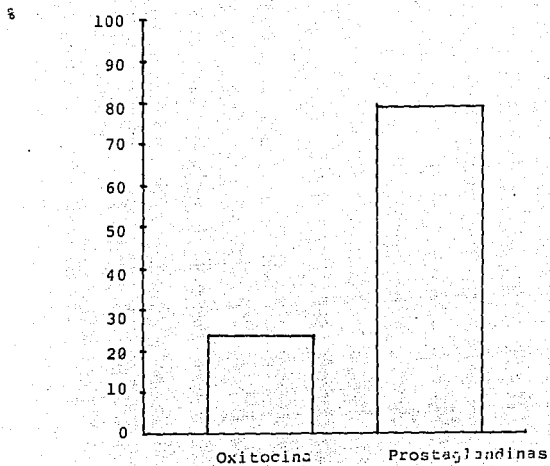
EDAD GESTACIONAL MAS FRECUENTE EN PACIENTES INDUCIDAS CON PROSTAGLANDINAS



Oxitocina _____
Prostaglandinas - - - - -

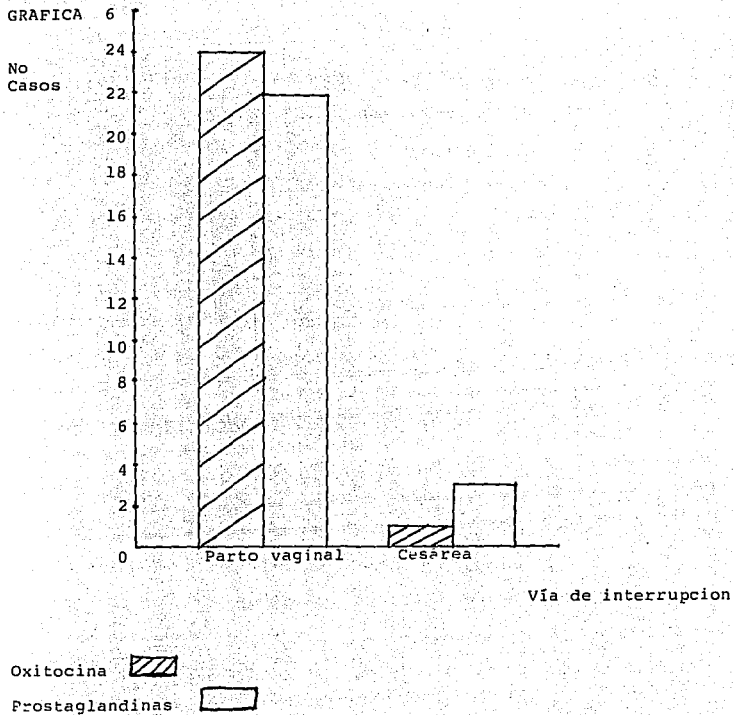
INDICE DE BISHOP MODIFICADO EN PACIENTES CON INDUCCION DE PARTO

GRAFICA 5



PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD EN PACIENTES CON INDUCCION DEL PARTO

GRAFICA



VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES INDUCIDAS

DISCUSION

Con el presente estudio se demostró que la inducción del trabajo de parto en pacientes con embarazo de término mediante la aplicación de gel de prostaglandinas E2 intracervical tiene un mayor porcentaje de éxito en un 80% durante las primeras 6 a 8 horas de intervalo, con una dosis única de 0.5mg que al actuar sobre el órgano diana, se disminuye la absorción en la circulación sistémica y los efectos colaterales.

Se registraron pacientes con embarazo de 36 a 42 semanas siendo predominante entre las 40-42 semanas en un 52%, con índice de Bishop modificado de 4 en un 56%. En cuanto a la vía de interrupción del embarazo fue del 88% en parto vaginal y 12% por vía abdominal.

Se presentó depresión neonatal leve en un 28% de los casos. Con base en los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que la prostaglandina E2 es uno de los agentes más efectivos en la maduración del cervix con mínimos efectos colaterales.

En comparación con la oxitocina la cual tiene un bajo porcentaje de inducción exitosa en un 24% en las primeras 6 a 8 horas de intervalo. La edad gestacional más frecuente es de 38 a 39 semanas con un 56%. Índice de Bishop fue de 4 en un 64% y de 2 en un 8%. La vía de interrupción del embarazo fue del 96% en parto vaginal y 4% por vía abdominal. El intervalo de tiempo entre la inducción y la conducción del trabajo de parto se acorta significativamente.

CONCLUSIONES

- 1.- La prostaglandina E2 en dosis única de 0.5mg aplicada intracervicalmente puede considerarse un elemento de apoyo al obstetra ante la necesidad de interrumpir el embarazo, con un alto índice de efectividad y un amplio margen de seguridad para la madre y el feto.
- 2.- Se lograron modificaciones significativas en el índice de Bishop en un intervalo de 6 a 8 horas en un 80% .
- 3.- Disminución en el porcentaje de cesáreas con el uso de las prostaglandinas E2 intracervical ya que actúa sobre el órgano diana.
- 4.- La absorción a la circulación sistémica se reduce con la aplicación intracervical de prostaglandina E2.
- 5.- Menos fracasos de la inducción del trabajo de parto con la aplicación de gel de prostaglandinas E2 .
- 6.- Menos días de estancia hospitalaria
- 7.- Disminución de la morbilidad materno-fetal.
- 8.- Acortamiento del intervalo de inducto-conducción .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Owen J. A randomized, double-blind trial of prostaglandin E2 gel for cervical ripening and meta-analysis. *Am. J. Obstet Gynecol* 1991;165;991-6
- 2.- Rayburn W. Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and induction of labor; A critical analysis. *Am. J. Obstet Gynecol* -- 1989;160;529-34
- 3.- Granstrom L. Myometrial activity after local application of prostaglandin E2 for cervical ripening and term labor induction. *Am. J. Obstet Gynecol* 1990;162;691-4
- 4.- Troostwijk A.L. Pre-induction intracervical application of a highly viscous prostaglandin E2 in pregnant women with an unripe uterine cervix: a double blind placebo-controlled trial. *European J. Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 1992;43;105-11
- 5.- Ulmsten U. Aspects on ripening of the cervix and induction of labor by intracervical application of PGE2 in viscous gel. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1979;84;5-9
- 6.- Floberg J. Experience with an Industrially Manufactured gel - PGE2 for cervical priming. *Arch Gynecol* 1983;233;225-28
- 7.- Graves G.R. The effect of vaginal administration of various doses of prostaglandin E2 gel on cervical ripening and induction of labor. *Am. J. Obstet Gynecol* 1985;151;178-81
- 8.- Murphy A.J. Use of vaginal prostaglandin gel before induction of labor. *Aust N.Z.J. Obstet Gynaec* 1980;20;84-86
- 9.- Uldberg. Human cervical connective tissue and its reaction to prostaglandin E2. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1983;113; - 163-66
- 10.- Egarter CH. Uterine hyperstimulation after low dose prostaglandin E2 therapy; tocolytic treatment in 181 cases. *Am. J. Obstet Gynecol* sept 1990;163;794-96
- 11.- Ekman G. The impact on labor induction of intracervical applied PGE2 gel related to gestational age in patients with an unripe cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1983;113;173-75
- 12.- Wingerup L. Ripening of the uterine cervix and induction of labor at term with prostaglandin E2 in viscous gel. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1978;57;403-6
- 13.- Mackenzie I.Z. A comparison of PGE2 vaginal gel for ripening of the cervix before induction of labour. *Brithis J. Obstetrics and Gynaecology* 1979;86;167-70

- 14.-Magos A.L. Controlled study comparing vaginal prostaglandin E2 pessaries with intravenous oxytocin for the stimulation of labour after spontaneous rupture of membranes. Brithis J. Obstetrics and Gynaecology 1983;90;726-31
- 15.-Mackenzie I.Z. The influence of pre-induction vaginal prostaglandin E2 gel upon subsequent labour .Brithis J. Obstetrics - and Gynaecology 1978;85;657-61
- 16.-Wilhelmsson L. Interaction between PGs and catecholamines on cervical collagen synthesis. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl - 1983;113;171-72
- 17.-Ulmsten U. Intracervical application of prostaglandin gel for induction of term labor. Obstet Gynecol 1982;59;336-39
- 18.-Miller A.M. Patterns of uterine activity after intravaginal prostaglandin E2 during preinduction cervical ripening. Am J. Obstet Gynecol 1991;165;1006-9
- 19.-Bryman I. Influence of prostaglandins and adrenoceptor agonist on contractile activity in the human cervix at term. Obstet - Gynecol 1986;67;574-78
- 20.-Kurup A. Induction of labour in nullipara with poor cervical score;Oxytocin or prostaglandin vaginal pessaries? Aust N.Z. J. Obstet Gynecol 1991;31;3;223-26
- 21.-Hutchon D.J.R. A double blind controlled trial of PGE2 gel in cervical ripening. Am J. Gynaecol Obstet 1980;17;604-607
- 22.-Rayburn W.F. An intravaginal controlled release prostaglandin-E2 pessary for cervical ripening and initiation of labor at term. Obstet Gynecol 1992;79;374-79
- 23.-Sorokin Y. Effects of induction of labor with prostaglandin E2 on fetal breathing and body movements;controlled, randomized, - double blind study. Obstet Gynecol 1992;80;788-91
- 24.-Palomar M.M. Contracción uterina.Mecanismo,regulación y farmacología. Ginecología y Obstetricia de México 1990;58;303-309
- 25.-García A.A. Modificaciones cervicales inducidas con prostaglandinas E2. Estudio doble ciego. Ginecología y Obstetricia de México 1990;58;8-13
- 26.-Ahued A. J.R. Uso de prostaglandinas E2 por vía vaginal para inducción del trabajo de parto. Ginecología y Obstetricia de México 1990;58;43-46

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 27.- Clinicas de Obstetricia y Ginecología .Volumen 1;año 1983; -
109-21
- 28.- Jacomb R.E. The use of prostaglandins E2 and F2 alfa in Obste
tricia and Gynaecology.Prostaglandins Symposium 1972