



11217  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

104  
2EJ

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ  
SECRETARIA DE SALUD

"COMPARACION ENTRE MISOPROSTOL, UN METIL  
ANALOGO DE LA PROSTAGLANDINA E 1  
CONTRA OXITOCINA, EN LA INDUCTOCONDUCCION  
DEL TRABAJO DE PARTO, EN PRODUCTOS A TERMINO"

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALITA EN:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :  
DR. HECTOR LUIS ORIHUELA MOYA

MEXICO, D.F.

1995





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

H O S P I T A L   G E N E R A L

D R .   M A N U E L   G E A   G O N Z A L E Z .

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

COMPARACION ENTRE MISOPROSTOL, UN METIL ANALOGO DE LA  
PROSTAGLANDINA E<sub>1</sub> CONTRA OXITOCINA, EN LA INDUCTOCONDUCCION  
DEL TRABAJO DE PARTO, EN PRODUCTOS A TERMINO.

DR. HECTOR LUIS ORIHUELA MOYA.

## A G R A D E C I M I E N T O S .

A mis padres por su apoyo y comprensión incondicional.

A mi esposa por su amor y paciencia.

A mis hermanos por su motivación a seguir adelante.

A los médicos de base y residentes, en especial a mis amigos Polo, Luis, Humberto, Pedro, Mauro, Jorge, Abel y Lety, por su colaboración en mi formación.

"Si te atrae una luz siguela,  
si te conduce al pantano  
ya saldrás de él. Pero si no  
la sigues, toda la vida te  
mortificarás pensando que  
era una estrella."

SENECA.

Dr. Hugo Bricio Martínez Ayala.  
Jefe del Servicio de Obstetricia.

Dr. Leopoldo Vázquez Estrada.  
Médico adscrito al servicio de Ginecología y  
Obstetricia.  
Asesor de Tesis.

A U T O R I Z A C I O N E S .

HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
  
DIRECCION DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION

*[Handwritten signature]*  
Dr. Carlos Rivero López.

Director de Enseñanza e Investigación.

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ  
  
SUBDIRECCION  
DE INVESTIGACION

*[Handwritten signature]*  
Dra. Dolores Saavedra O.

Subdirectora de Investigación.

*[Handwritten signature]*  
Dr. Carlos Ricalde Bas.

Profesor titular del curso de Ginecología y  
Obstetricia.

HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"  
MAY 14 1955  
SECRETARIA DE SALUD  
PERMANENTE DE INVESTIGACION  
CUBA

COMPARACION ENTRE MISOPROSTOL, UN METIL ANALOGO DE LA PROSTAGLANDINA E1 CONTRA OXITOCINA, EN LA INDUCTOCONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO, EN PRODUCTOS A TERMINO.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Leopoldo Vázquez Estrada. Médico adscrito al servicio de Gineco Obstetricia.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr. Héctor Luis Orihuela Moya. Residente de tercer año de la especialidad de Gineco Obstetricia.

SEDE: Departamento de Obstetricia. Subdirección de Gineco Obstetricia. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

## ANTECEDENTES.

Entendemos por inducción del trabajo de parto al acto médico por el cual se intenta desencadenar un trabajo de parto capaz de conseguir 3 cm. de dilatación verdadera, con cuello borrado. La inducción intenta reproducir el periodo de latencia del parto y alcanzar el comienzo del parto activo. La conducción del parto, es cuando iniciado éste, seguimos cualquier proceder para favorecer su curso (1).

Entre las indicaciones para la inducción del trabajo de parto se encuentran por orden de frecuencia (1,2):

- Rotura prematura de membranas.
- Embarazo prolongado.
- Patología materna.- Diabetes, enfermedad hipertensiva del embarazo, cardiopatías, nefropatías, isoimmunización, etc.
- Producto óbito.
- Mala historia obstétrica.- Morbimortalidad anterior, infertilidad o esterilidad de larga duración.

Entre las contraindicaciones se incluyen (2):

- Placenta o vasa previa.
- Presentaciones anómalas del feto.
- Proclùbito de cordón.
- Incisión corporal en una cesàrea previa.
- Infección activa por herpes genital.
- Desproporción cefalopelvica.
- Carcinoma invasivo del cèrvix.

En el momento en que se decide la inducción es necesario conocer las condiciones de inductibilidad, por lo que debemos valorar características del cérvix, actividad uterina, paridad, presentación y grado de encajamiento fetal, madurez fetal, patología gravídica, estado psicológico de la paciente. En el afán de concretar y objetivar estos factores, se han ideado varios tests, entre los cuales destaca el de Bishop, el que se considera un método aceptable para estimar la posibilidad de conseguir un parto por vía vaginal (tabla 1).

	Parámetro	Puntuación			
		0	1	2	3
T	Altura de la presentación	libre	insinuada	abocada	encajada
B	Consistencia del cérvix	rígido	media	blanda	
A	Posición del cérvix	posterior	medio	anterior	
1	Borramiento Dilatación	0%	=50%	+50%	
		0	1-2	3-4	5

Existen descritas diversas técnicas de inducción las cuales se pueden clasificar en procedimientos médicos, quirúrgicos y mixtos. Han pasado a la historia diversas técnicas por ineficaces y/o peligrosas entre ellas el uso de calcio, quinina, sulfato de asparteína, alcaloides del cornezuelo del centeno, enemas jabonosos, aceite de ricino, acupuntura (1,2). En la actualidad se utilizan diversos métodos, entre los que contamos:

- Despegamiento de las membranas (maniotra de Hamilton o de Coperman). Se utiliza como complemento o preparaci3n para los m3todos que se describen posteriormente. La maniotra act3a liberando prostaglandinas. Los riesgos que conlleva son rotura de membranas, sangrado por una placenta previa o de inserci3n baja no diagnosticada y aumento del riesgo de infecci3n (corioamnioit3s).

- Amniotomia. Es un m3todo efectivo para la inducci3n, particularmente cuando el c3rvix es favorable. El trabajo de parto espont3neo inicia generalmente de 6 a 12 horas posteriores a la rotura. Deben seguirse algunas precauciones sobre todo para evitar el prolapso de cord3n.

- Oxitocina. Es el principal m3todo de inducci3n del parto, la respuesta a la oxitocina depende de la actividad uterina preexistente, las diferencias biol3gicas individuales, la edad gestacional debido a que se sabe que la respuesta a la oxitocina empieza desde las 20 semanas y hasta las 30 semanas aumenta en una forma lenta y se mantiene sin cambios desde la semana 34 hasta el t3rmino, en estos momentos la sensibilidad aumenta r3pidamente. La via inductora m3s segura es la intravenosa en perfusi3n gota a gota regulada por una bomba infusora (5). Existen diversos protocolos para la inducci3n de oxitocina, entre estos destacan dos, el establecido por el Colegio Americano de Gineco Obstetras y el presentado por la Universidad de Texas en San Antonio. En el primero la oxitocina se inicia con 1 o 2 mU/min y se incrementa gradualmente en dosis de 1 a 2 mU/min en intervalos de cada 30 minutos, hasta lograr un trabajo de parto regular. En el segundo protocolo la oxitocina se inicia igual con 1 o 2 mU/min y cada

incremento se realiza al doble de la dosis preexistente ( ej: 1, 2, 4, 8, 16 mU/min), con intervalos de 40 minutos entre cada incremento (6). Una vez conseguidas buenas contracciones uterinas puede ser necesario una reducción de la dosis, porque existe una secreción endógena de sustancias oxi-tócicas (1).

- Prostaglandinas. Se han utilizado una gran variedad de prostaglandinas, las que tienen un papel central en el proceso de madurez cervical. Estas se han utilizado por más de 2 décadas y se han ensayado diversas vías de administración: oral, intravenosa, intravaginal, intraamniótica o intracervical, con el fin de establecer una dosis adecuada que origine cambios cervicales con la menor cantidad de efectos secundarios. Se han utilizado prostaglandinas de las series E y F, de las cuales las principales son la E<sub>2</sub> y la F<sub>2</sub>alfa (4). La PGE<sub>2</sub> es 5 veces más activa que la PGF<sub>2</sub>α, la tolerancia por vía digestiva es mejor(3). El efecto que producen es básicamente como maduradores cervicales y también incrementan la contractilidad miometral (7). La aplicación por vía vaginal es la más usada, y se usan dosis cada 4-6 horas, la mayoría de los regímenes no requieren mas de 3 aplicaciones. En la mayoría de las pacientes las contracciones uterinas ocurren entre 1 y 2 horas posteriores a su aplicación. No deben administrarse en lapsos menores a 4 horas para evitar la hiperestimulación uterina (2).

Recientemente se han utilizado prostaglandinas E<sub>1</sub>, las cuales parecen tener una acción similar a la PGE<sub>2</sub> a nivel cervical y uterino (3). En estos estudios destaca el uso de Misoprostol, el cual se ha observado ocasiona contracciones uterinas y cambios cervicales en embarazos tempranos (8).

El Misoprostol ( Cytotec, Laboratorios Searle ) es un 15-deoxi-

15-hidroxi-16-metil análogo de la prostaglandina  $E_1$ , que se utiliza como agente citoprotector gástrico; inhibe la secreción ácida gástrica y actúa en músculo liso produciendo vasodilatación, aumento de motilidad gastrointestinal y contracciones uterinas; se absorbe rápidamente después de la administración oral y se hidroliza a un ácido libre (compuesto activo), el cual se metaboliza en el hígado y se excreta principalmente por orina. El ácido libre tiene una vida media de menos de 30 minutos. Entre los efectos secundarios se encuentran diarrea transitoria, dolor abdominal leve, dismenorrea y contracciones uterinas (9,10).

En 1987 Rabe y cols. (7) evaluaron los efectos del Misoprostol sobre el útero en el primer trimestre del embarazo; en este estudio, la administración oral de Misoprostol causaba expulsión total o parcial de los productos de la concepción.

Norman y cols. en 1991 (8) utilizaron el Misoprostol por vía oral para evaluar la contractilidad uterina e inducción de aborto en 73 pacientes con menos de 8 semanas de gestación, usando Misoprostol solo o en combinación con mifepristone.

Mariani-Neto y cols. (11) en 1987 fueron los primeros en utilizar el Misoprostol para inducción de trabajo de parto, en productos óbitos entre las semanas 19 y 41, con cérvix inmaduros. El Misoprostol se administró en forma oral en dosis de 400 microgramos cada 4 horas, hasta que ocurrió el parto, éste se desarrolló en las 20 pacientes en un lapso promedio de 9 horas y 12 minutos.

Margulies y cols. (12) han realizado 2 estudios que corroboran la eficacia del Misoprostol por vía vaginal para inducción del trabajo de parto en el tercer trimestre del embarazo. En el primer

estudio se investigò la dosis necesaria para la inducción, se estudiaron 56 pacientes que requerían la inducción por indicación obstétrica o médica, las edades gestacionales eran entre 28-36 semanas (n=11) y más de 36 semanas (n=45), la dosis inicial fue de 50 microgramos, colocados en el fondo de saco posterior, seguidos por incrementos de 50 microgramos cada 2 horas hasta obtener una actividad uterina regular. La dosis máxima permitida fue 600 microgramos. El 36% y 69% de las mujeres de los grupos 1 y 2, respectivamente, eran nulíparas. El parto se dió dentro de las 8 horas siguientes a la primera aplicación en 36% del grupo 1 y 73% del grupo 2. La mayoría de las pacientes respondieron a la aplicación de una sola dosis de 50 microgramos. 3 mujeres presentaron reacciones secundarias (náusea, vómito y diarrea), y no se observaron efectos adversos en el neonato. El segundo estudio fue comparativo entre Misoprostol y oxitocina, se realizó en 64 mujeres, las cuales se dividieron en 2 grupos; un grupo de 33 pacientes se le administraron 50 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco posterior, las otras 31 pacientes se les realizó inducción con oxitocina. El parto ocurrió dentro de las 24 horas en 79% de las pacientes en el grupo de Misoprostol y en 62% del grupo de oxitocina. Se realizó cesàrea en una paciente del grupo de Misoprostol por sufrimiento fetal y en 8 del grupo de oxitocina, en 5 por falta de progresión del trabajo de parto y en 3 por sufrimiento fetal. No existieron diferencias entre el peso al nacimiento o el índice de Apgar. No se observaron efectos colaterales. La polisistolia se observò más frecuentemente en el grupo de Misoprostol (17%) que en el de oxitocina (12%), sin embargo

no se asoció sufrimiento fetal con esta condición. Los autores concluyen que el Misoprostol es efectivo en la inducción del trabajo de parto en el tercer trimestre del embarazo, con pocos efectos colaterales en la madre y aparentemente no causa efectos colaterales en el feto o en el neonato.

Por último en 1992, Sánchez-Ramos y cols. (7) realizaron un estudio en 129 pacientes, las que se asignaron a 2 grupos, en el primero se empleo Misoprostol, en un total de 64 pacientes, en una dosis de 50 microgramos colocados en el fondo de saco posterior, con una dosis máxima de 600 microgramos, la dosis fue repetida cada 4 horas hasta conseguir un trabajo de parto efectivo, en las pacientes que tuvieron una detención de la dilatación en la fase activa se les administró oxitocina para favorecer las contracciones uterinas; en el segundo grupo se incluyeron 65 pacientes, en quienes se manejó el protocolo establecido por el Colegio Americano de Gineco Obstetras para inducción con oxitocina (6), en las pacientes que tenían un Bishop menor a 5 se les produjo madurez cervical con gel de PGE<sub>2</sub>. El intervalo desde la inducción al parto fue significativamente más corto en el grupo de Misoprostol (11 contra 18 horas). en 74% de las pacientes del grupo de Misoprostol, se les aplicó una sola dosis intravaginal, el máximo número de dosis fueron 4 (200 microgramos), en el 22% de las pacientes se utilizó oxitocina con una dosis promedio de 1.5 mU/min. En el 45% de las pacientes del grupo de oxitocina se indujo madurez cervical con gel de PGE<sub>2</sub>. No se observaron los efectos colaterales asociados a prostaglandinas en el grupo de Misoprostol. La frecuencia de complicaciones maternas o perinatales fue similar en ambos grupos. Por último los costos

fueron menores en el grupo de Misoprostol (US\$49) que en el de oxitocina (US\$205), cuando se administrò gel de PGE<sub>2</sub> los costos fueron todavia mayores (US\$315).

El planteamiento del problema de nuestro estudio fue conocer la eficacia y seguridad del Misoprostol en comparaciòn con la oxitocina, en la inductoconducciòn del trabajo de parto, en productos a tèrmino.

Es necesario contar con fàrmacos ùtiles en la inductoconducciòn de trabajo de parto, debido a que el principal problema radica en lograr la madurez cervical, al contar con este tipo de fàrmaco se tendrà un mejor pronòstico tanto para la madre como para el producto, debido a que disminuye el tiempo entre el inicio del trabajo de parto y la resoluciòn de èste. Entre las principales complicaciones podemos contar en la madre con deshidrataciòn, agotamiento, hemorragias postparto por hipotonia o atonia como consecuencia del trabajo de parto prolongado y los riesgos que implica la operaciòn cesàrea; en el producto se podrà disminuir el riesgo de sufrimiento fetal agudo e infecciones, asi como los riesgos que la cesàrea implica sobre èl (13). Ademàs tanto la paciente como la instituciòn se beneficiaràn en relaciòn al costo que implica la estancia intrahospitalaria.

El objetivo de este estudio fuè comparar la seguridad y eficacia del Misoprostol por via vaginal contra la infusiòn de oxitocina por via intravenosa, en la inductoconducciòn del trabajo de parto, en productos a tèrmino.

Si la PGE<sub>1</sub> produce madurez cervical debido a que cambia la ultraestructura del estroma fibroso cervical incrementando los

glicosaminoglicanos, disolviendo las fibras de colàgena, y favoreciendo la distensibilidad del cèrvix, así como actividad uterina por estimulación de receptores a prostaglandinas en el miometrio, entonces el Misoprostol es igual de seguro y más eficaz en la inductoconducción del trabajo de parto, sin provocar alteraciones en el binomio y de una forma más acelerada que la oxitocina.

#### MATERIAL Y METODOS.

Este trabajo de investigación fuè de tipo comparativo, abierto, experimental, prospectivo y longitudinal.

Se compararon dos grupos de pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, en las cuales se empleò Misoprostol u oxitocina para la inductoconducción del trabajo de parto. Estas pacientes se captaron en el servicio de urgencias ginecoobstetricas del hospital.

Se estudiaron un total de 72 pacientes las cuales se dividieron en 2 grupos. El grupo 1 constò de 33 pacientes, en quienes se realizò la inductoconducción con misoprostol, y el grupo 2 constò de 39 pacientes en quienes se administrò oxitocina intravenosa.

Los criterios de inclusión fueron: a) indicaciones obstètricas para la inducción del trabajo de parto entre las que se incluyen embarazo prolongado, rotura prematura de membranas; enfermedades maternas como enfermedad hipertensiva del embarazo, cardiopatías, nefropatías; b) ausencia de fase activa de trabajo de parto o datos de sufrimiento fetal; c) ausencia de antecedentes de cirugía uterina

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

previa, incluyendo cesàrea; d) embarazo con producto ùnico, en presentaci3n cefàlica y sin contraindicaciones para el parto y por ùltimo e) productos con una edad gestacional mayor a las 36 semanas.

Los criterios de exclusi3n fueron: cualquier paciente que cumpla con alguno de las contraindicaciones para la inductoconducci3n.

Se eliminaron del estudio las pacientes que presentaron datos de compromiso materno-fetal lo que impidi3 continuar con la inducci3n del trabajo de parto.

Las variables que se manejaron fueron edad, paridad, edad gestacional, factores que indiquen la inductoconducci3n del trabajo de parto; intervalo de tiempo que transcurra entre el inicio de actividad uterina regular y el parto, y el tipo de fàrmaco utilizado.

El procedimiento para la captaci3n de la informaci3n fueron pacientes que se presentaron en el servicio de Obstetricia de este hospital y que cumplieron con los criterios de inclusi3n, durante el periodo comprendido entre febrero/94 y noviembre/94; los cuales se analizaron con la hoja de captura de datos. Una vez conseguida la autorizaci3n, se inform3 al personal necesario, las caracteristicas farmacol3gicas del medicamento y los cambios en la rutina de atenci3n a las pacientes, el estudio se desarroll3 de la siguiente manera: se captaron pacientes en los servicios de consulta externa de Obstetricia y Urgencias, que cumplieron con los criterios de inclusi3n. Se realiz3 su ingreso por el servicio de Urgencias, una vez en la unidad tocoquirùrgica, se tom3 trazo tococardiogràfico y valoraci3n con el test de Bishop, despu3s se dividieron en dos

grupos al azar, al primero se le provocò actividad uterina con oxitocina de acuerdo al protocolo establecido por la Universidad de Texas en San Antonio (6), al segundo grupo se le administrò por via vaginal media tableta de Cytotec (Misoprostol) o sea 100 mcg, colocàndola en fondo de saco posterior, con un intervalo de 4 horas entre cada dosis, se realizò monitoreo constante del binomio a travès de registro tococardiogràfico, valoraciòn de la actividad uterina y la realizaciòn de tacto vaginal para determinar cambios cervicales; estos datos se anotaron en la hoja de captaciòn de datos, diseñada para este fin.

Para la validaciòn de datos se utilizò estadística descriptiva e inferencial.

#### RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 72 pacientes las cuales se dividieron en 2 grupos, que cumplieron con los criterios del protocolo.

En el grupo I, 33 pacientes, se realizò la conducciòn con misoprostol, la edad promedio de las pacientes fuè de 24.8 años, siendo nuliparas 14 (42.4%), y con antecedente de uno o mäs partos 19 (57.6%), la edad gestacional por fecha de ùltima menstruaciòn (FUM) fue entre 36.2 y 44 semanas.

En el grupo II formado por 39 pacientes, la conducciòn fuè realizada con oxitocina, la edad promedio de las pacientes fuè de 22.8 años, siendo nuliparas 16 (41%), y existiendo el antecedente de por lo menos un parto en 23 (59%), la edad gestacional calculada por FUM fue entre 36 y 43.4 semanas. (Gràfica 1).

En lo que respecta a las indicaciones de la inductoconducción, en el grupo I, fueron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) en 12 casos (36.4%), postérmino 8 (24.2 %), rotura prematura de membranas (RPM) en 12 (36.4%) y cardiopatía materna en 1 caso (3%). En el grupo II se tuvieron las siguientes indicaciones EHE en 15 casos (38.5%), RPM 17 (43.6%) y postérmino 7 (17.9%). (Gráfica 2).

En cuanto a las dosis empleadas en los diferentes grupos fueron en el grupo I, 25 pacientes (75.7%) solo requirieron la aplicación de media tableta (100 mcg), en 7 mujeres (21.2%) se utilizaron 2 dosis (200 mcg) y en una paciente (3%), se aplicaron 3 dosis (300 mcg). En el grupo II, la dosis mínima empleada fue de 8 mU/min en 14 pacientes (35.8%), se utilizaron 16 mU/min en 20 pacientes (51.2%), la dosis máxima fue de 32 mU/min en 5 mujeres (12.8%).

Las complicaciones que se tuvieron en el grupo I fueron 11 (33.3%), sufrimiento fetal agudo (SFA) en 5 pacientes (45.5%), polisistolia en 4 casos (36.4%), hipertonia uterina y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) en 1 caso cada uno (9.1%).

En el grupo II existieron 16 complicaciones (41.01%), se presentó SFA y polisistolia en 5 casos cada uno (31.3%), falta de progresión de trabajo de parto en 3 casos (18.8%), hipertonia uterina en 2 (12.5%) y prolapso de cordón en un caso (6.3%). (Gráfica 3).

El método de resolución del embarazo fue en el grupo I, parto en 19 casos (57.6%), parto + fórceps en 8 (24.2%) y cesàrea 6 (18.2%), las cesàreas se realizaron en 5 casos por SFA y en 1 caso por DPPNI. En el grupo II, se atendieron 23 partos (59%), 7 partos +

fórceps (17.9%) y 9 cesàreas (23.1%), de las cuales 5 se realizaron por SFA, 3 por falta de progresiòn del trabajo de parto y 1 por prolapso de cordòn. (Gràfica 4).

El intervalo de tiempo que transcurriò entre el inicio de la inductoconducciòn y el parto fuè en el grupo I de 485.3 minutos (8.87 hs) en promedio, con una mediana de 463 minutos y una desviaciòn estandard de  $\pm 169.99$  min.; en el grupo II se obtuvo un promedio de 680.13 minutos (11.33 hs), con una mediana de 661 minutos, y una desviaciòn estandard de  $\pm 159.25$  min. Se utilizò la prueba de t de Student para comparaciòn de datos no pareados para la validaciòn del estudio, obtenièndose un valor de 5.147, ( $p < .001$ ), lo que demuestra que en el grupo de misoprostol el intervalo de tiempo fuè significativamente màs corto. (Gràfica 5).

En cuanto a la calificaciòn de Apgar al minuto que se obtuvo en los productos, fuè en el grupo I mayor a 7 en 29 recièn nacidos (87.8%) y menor a 7 puntos en solo 4 (12.1%); en el grupo II se obtuvo un Apgar mayor a 7 puntos en 34 casos (87.1%) y menor a 7 en 5 (12.8%). En todos los casos de ambos grupos el Apgar a los 5 minutos fuè arriba de 7 puntos.

#### DISCUSION.

En el estudio realizado por Margulies y cols, el intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio y el tèrmino de la conducciòn en la mayoría de casos fue dentro de las primeras 8 horas, con una dosis que variò entre 50 y 600 microgramos y se presentaron reacciones secundarias por el medicamento en pocas pacientes sin

observar efectos adversos en el neonato. En otro estudio realizado por el mismo autor, comparando el uso de misoprostol contra oxitocina, ocurriendo el parto en la mayoría de las pacientes dentro de las primeras 24 hs en ambos grupos, sin observar efectos colaterales en la madre y el recién nacido, y mínimas complicaciones durante el trabajo de parto.

En 1992, Sánchez-Ramos, realizó un estudio comparativo entre misoprostol contra oxitocina + gel de  $PGE_2$ , observándose un intervalo de tiempo más corto en el grupo de misoprostol, respondiendo la mayoría de las pacientes a una sola dosis de 50 mcg en el mismo grupo, sin encontrar efectos colaterales, ni complicaciones materno-fetales, así como un costo menor con el uso de misoprostol.

En nuestro estudio los resultados fueron muy similares a los reportados anteriormente, ya que se observó una disminución significativa en el intervalo de tiempo, así como ningún efecto colateral asociado al misoprostol y con escasas complicaciones materno-fetales, sin comprometer la vida del binomio.

#### CONCLUSIONES.

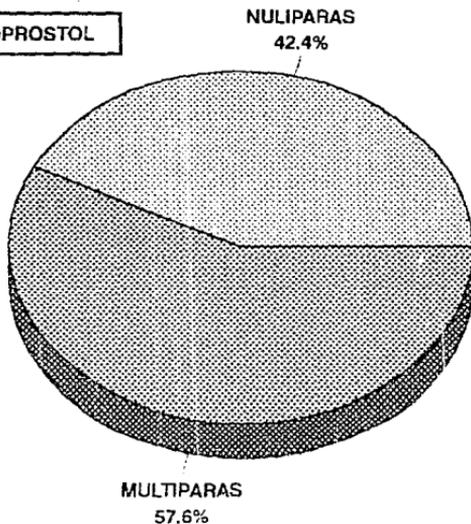
De acuerdo a nuestro estudio podemos determinar que el misoprostol por vía vaginal es igual de seguro y más eficaz que la oxitocina intravenosa, en la inductoconducción del trabajo de parto en productos vivos y a término.

# MISOPROSTOL VS OXITOCINA EN INDUCTOCONDUCCION

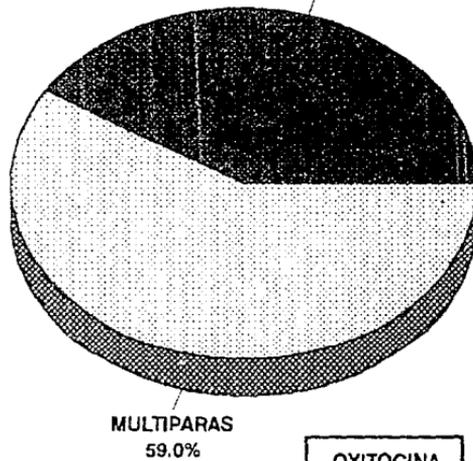
GRAFICA 1

## PARIDAD

SOPROSTOL



NULIPARAS  
41.0%

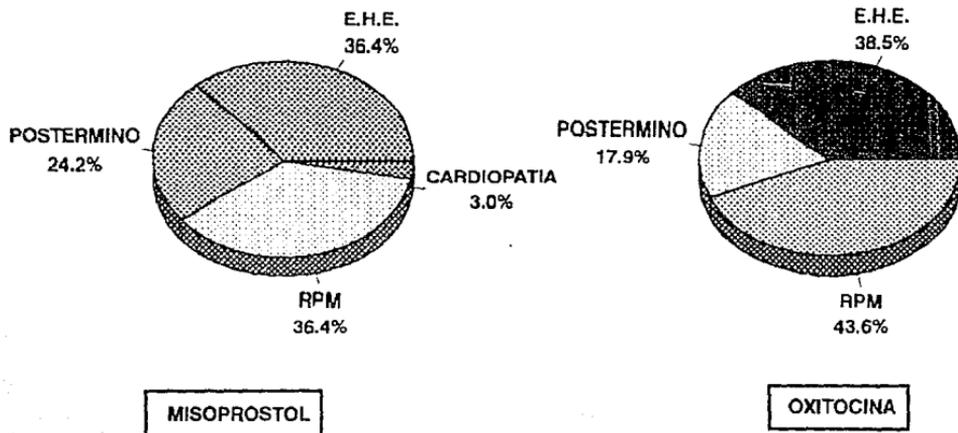


OXITOCINA

# MISOPROSTOL VS OXITOCINA EN INDUCTOCONDUCCION

GRAFICA 2

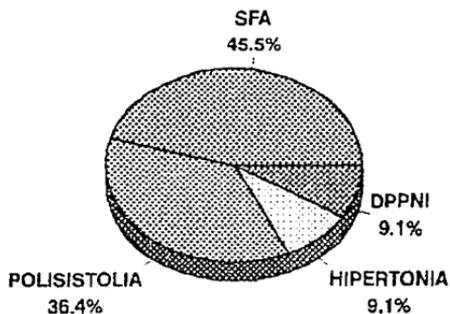
## INDICACION DE INDUCTOCONDUCCION



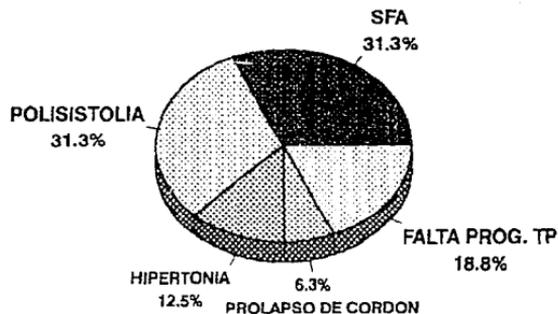
# MISOPROSTOL VS OXITOCINA EN INDUCTO-CONDUCCION

GRAFICA 3

## COMPLICACIONES INTRA-PARTO



MISOPROSTOL

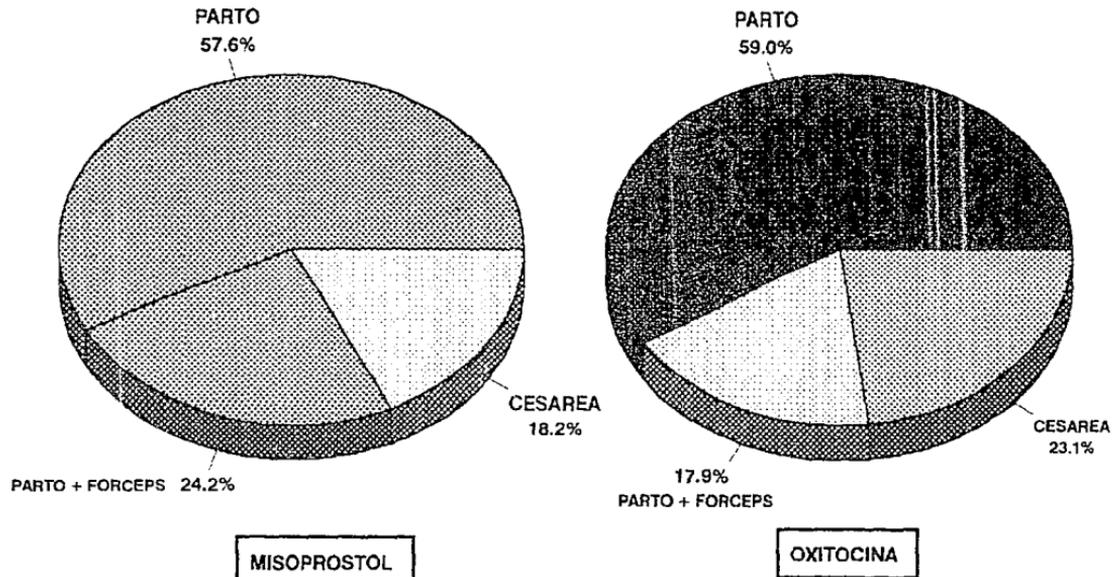


OXITOCINA

# MISOPROSTOL VS OXITOCINA EN INDUCTO-CONDUCCION

GRAFICA 4

## METODO DE TERMINACION DEL EMBARAZO

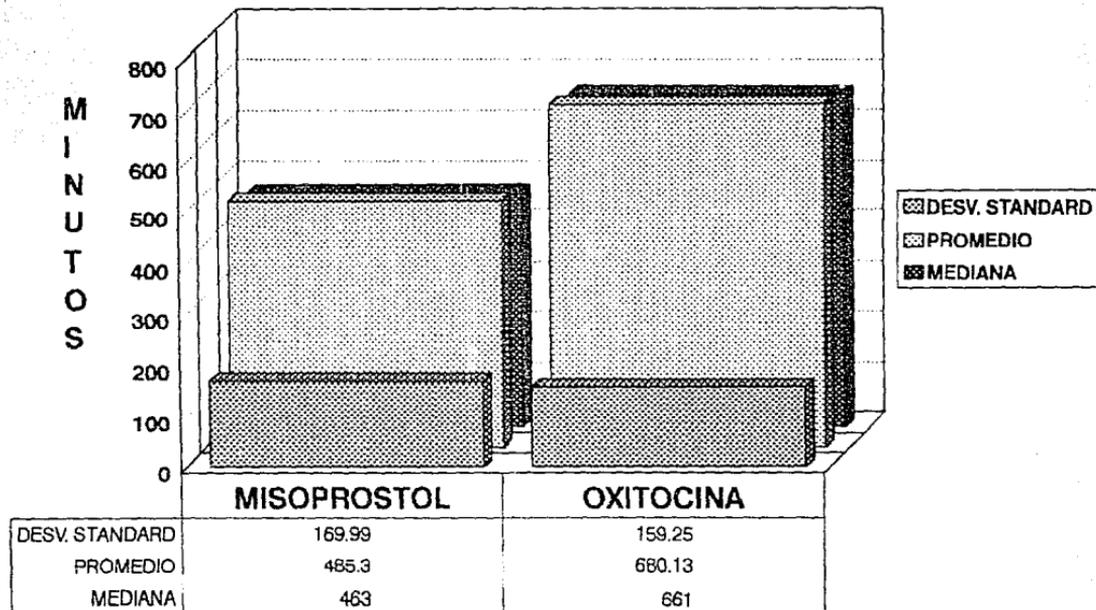


DR. HECTOR ORIHUELA M. HGMGG 1995

# MISOPROSTOL VS OXITOCINA EN INDUCTO-CONDUCCION

GRAFICA 5

INTERVALO DE TIEMPO EN INICIO DE CODUCCION Y PARTO



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1.- Dexeus, J., Parera N. Inducción del parto, en: Tratado de Obstetricia. Volumen II, editorial Salvat, Barcelona, España, 1987. pp 642-651.

2.- American College of Obstetricians and Gynecologists: Induction and augmentation of labor. Int J Gynecol Obstet 1992; 39: 139-142.

3.- Marc, J., et al: Prostaglandins in preinduction cervical ripening. Meta-analysis of worldwide clinical experience. J Reprod Med 1993; 38 (1): 89-100.

4.- Hayashi, R., et al: Spontaneous and induced cervical ripening. Natural dilation and effacement process and current cervical ripening techniques. J Reprod Med 1993; 38 (1): 66-72.

5.- Seitchik, J., et al: Oxitocyn augmentation of dysfunctional labor. II. Uterine activity data. Am J Obstet Gynecol 1983; 145 (5): 526-9.

6.- Muller, P., et al: A prospective randomized clinical trial comparing two oxytocin induction protocols. Am J Obstet Gynecol 1992; 167 (2): 373-381.

7.- Sanchez-Ramos, L., et al: Labor induction with the prostaglandin E<sub>1</sub> methyl analogue misoprostol versus oxytocin: a randomized trial. Obstet Gynecol 1993; 81:332-6.

8.- Norman, J. et al: Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. Lancet 1991; 338: 1233-6.

9.- The Medical Letter on Drugs and Therapeutics: Misoprostol. Med Lett Drugs Ther 1989; 31:21-2.

10.- Craig, R., et al : Drugs used in gastrointestinal disorders, en: Modern pharmacology. Edit. Little, Brown and Company. 3a ed, 1990. p 987.

11.- Mariani-Neto, C., et al: Use of misoprostol for labor induction in stillbirth. Rev Paul Med 1987; 105: 325-8.

12.- Margulies, M., et al: Misoprostol to induce labor. Letter. Lancet 1992; 339:64.

13.- Sandoval-Colchado, D., et al: Utilidad de la aplicación intracervical de PGE<sub>2</sub> para la maduración cervical, en la inductoconducción de pacientes embarazadas. Tesis para postgrado. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México D. F. 1993.

14.- Maymon, R. et al: Third-trimester uterine rupture after prostaglandin E<sub>2</sub> use for labor induction. J Reprod Med 1992, 37:449-52.