

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Resultados maternos y fetales en embarazos a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

Hospital privado salud integral

1ro enero- 31 julio del año 2023

(Monografía para optar al título de médico general).

Autores:

Mariamalia Medina Robleto

Osman Salvador Mairena Jirón

Asesores:

Dr. Francisco Manuel Guardado Herrera, especialista en Ginecología y Obstetricia.

Dr. Gustavo José Rodríguez Toruño, especialista en Ortopedia y traumatología

Fecha:

Julio 2024.

Resumen:

Se presenta un estudio monográfico para evaluar los resultados maternos y fetales en embarazos a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto. **Objetivo:** describir los resultados maternos y fetales en embarazos a términos sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral de Managua, Nicaragua en el período del 1ro de enero al 31 de julio del año 2023. **Método:** Tiene un enfoque cuantitativo, observacional subtipo descriptivo además de contar con las siguientes características transversal, retrospectivo, con una muestra de 139 pacientes. **Resultados:** Los Grupos etarios identificados fueron entre 20-34 años, que estaban en sobrepeso, universitarias, primigestas y nulíparas. La indicación de inducto conducción más frecuente fue el embarazo de 40 semanas de gestación. La longitud cervical fue mayor a 20 mm, escala de Bishop menor o igual a 6 puntos y el uso de misoprostol menor o igual a 3 dosis. La mayoría de los embarazos terminaron en cesárea indicada por distocia cervical. La atonía uterina, hemorragia postparto y desgarros perineales fueron las principales complicaciones maternas. Asfixia y trauma obstétrico fueron las principales complicaciones neonatales **Conclusiones:** La indicación de inducto conducción del trabajo de parto fue por embarazos de 40 semanas de gestación, con cérvix desfavorable que en la mayoría culminaron en cesárea por distocia cervical.

Palabras claves:

Inducto conducción, score de Bishop, vía de finalización.

Abstract:

A monographic study is presented to evaluate maternal and fetal outcomes in full-term pregnancies subjected to induction of labor. **Objective:** to describe the maternal and fetal outcomes in full-term pregnancies subjected to induction of labor at the Salud Integral Private Hospital of Managua, Nicaragua in the period from January 1 to July 31, 2023. **Method:** It has a focus quantitative, observational descriptive subtype in addition to having the following characteristics cross-sectional, retrospective, with a sample of 139 patients. **Results:** The age groups identified were between 20-34 years old, who were overweight, university students, primigravida and nulliparous. The most frequent indication for induction conduction was pregnancy at 40 weeks of gestation. Cervical length was greater than 20 mm, Bishop scale less than or equal to 6 points and the use of misoprostol less than or equal to 3 doses. Most pregnancies ended in cesarean section indicated for cervical dystocia. Uterine atony, postpartum hemorrhage and perineal tears were the main maternal complications. Asphyxia and obstetric trauma were the main neonatal complications **Conclusions:** The indication for induction of labor was for pregnancies of 40 weeks of gestation, with unfavorable cervix that in the majority culminated in cesarean section due to cervical dystocia.

Keywords:

Inductance conduction, Bishop score, path of completion.

2. ÍNDICE DE CONTENIDO

2.	ÍNDICE DE CONTENIDO	I
3.	ÍNDICE DE TABLAS	III
4.	ÍNDICE DE FIGURAS	IV
5.	INTRODUCCIÓN.....	3
5.1	Antecedentes.....	4
5.2	Objetivos.....	7
5.3	Planteamiento del problema.....	8
5.4	Justificación	9
5.5	Limitaciones	10
5.6	Hipótesis.....	11
5.7	Variables	12
5.8	Marco Contextual	13
6.	MARCO TEÓRICO.....	15
6.1	Estado del Arte: Lex Artes.....	15
6.2	Teorías y conceptualizaciones asumidas	16
6.2.1	Características Sociodemográficas	16
6.2.2	Características Obstétricas.....	17
6.2.3	Indicaciones para Inducto Conducción del Trabajo del Parto.	18
6.2.4	Abordaje obstétrico.	19
6.2.5	Resultados Maternos.....	25
6.2.6	Resultados Fetales	29
7.	DISEÑO METODOLÓGICO	32
7.1	Enfoque y Tipo de Estudio.	32
7.2	Población y Selección de la Muestra.....	32
7.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	32
7.4	Confiability y Validez de los Resultados.....	33
7.5	Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Datos.....	34
8.	RESULTADOS.....	35
9.	CONCLUSIONES.....	44

10. RECOMENDACIONES	45
11. REFERENCIAS.....	46
12. Anexos.....	53
Anexo A.....	54
Instrumento de Recolección de la información.....	54
Anexo B.....	58
Operalización de las variables.	58
Anexo C.....	66
Tablas de resultados.....	66
Anexo D.....	86
Gráficos de resultados.	86
Anexo E.....	107
Carta de autorización para recolección de datos.....	107

3. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	21
Tabla 2.....	28
Tabla C 1 Edad.....	67
Tabla C 2 Índice de masa corporal	67
Tabla C 3 Escolaridad	68
Tabla C 4 Estado civil	68
Tabla C 5 Gestas	68
Tabla C 6 Periodo intergenesico.....	69
Tabla C 7 Paridad	70
Tabla C 8 Indicacion de inducto conduccion	71
Tabla C 9 Longitud cervical.....	72
Tabla C 10 Ultrasonido reciente	72
Tabla C 11 Escala de Bishop.....	73
Tabla C 12 Dosis de misoprostol.....	73
Tabla C 13 Intervalo de tiempo de misoprostol a oxitocina	74
Tabla C 14 Conduccion al trabajo de parto.....	74
Tabla C 15 Via de finalizacion	75
Tabla C 16 Indicacion de cesarea	75
Tabla C 17 Atonia uterina	76
Tabla C 18 Desprendimiento de placenta previa normoinserta	76
Tabla C 19 Ruptura uterina.....	77
Tabla C 20 Desgarro perineal.....	77
Tabla C 21 Hematoma paragenitales.....	78
Tabla C 22 Hemorragia postparto	78
Tabla C 23 Asfixia.....	79
Tabla C 24 Trauma Obstetrico.....	79
Tabla C 25 Peso al nacer	80
Tabla C 26 Síndrome de aspiracion meconial	80
Tabla C 27 Depresion respiratoria	81
Tabla C 28 Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	81
Tabla C 29 Muerte neonatal	82
Tabla C 30 Indicacion de inducto conduccion/ Resultados maternos	83
Tabla C 31 Abordaje Obstetrico/ Resultados maternos.....	84
Tabla C 32 Abordaje Obstetrico/ Resultados fetales	85

4. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad	87
Figura 2 Índice de masa corporal	87
Figura 3 Escolaridad	88
Figura 4 Estado civil	88
Figura 5 Gestas	89
Figura 6 Periodo intergenesico.....	89
Figura 7 Paridad	90
Figura 8 Indicacion de inducto conduccion del trabajo de parto	91
Figura 9 Longitud cervical.....	92
Figura 10 Ultrasonido reciente.....	92
Figura 11 Escala de Bishop.....	93
Figura 12 Dosis de misoprostol	93
Figura 13 Conduccion del trabajo de parto	94
Figura 14 Intervalo de tiempo entre misoprostol y oxitocina.....	94
Figura 15 Via de finalizacion	95
Figura 16 Indicaciones de cesarea	96
Figura 17 Atonia uterina	97
Figura 18 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	97
Figura 19 Ruptura uterina.....	98
Figura 20 Desgarros perineales.....	98
Figura 21 Hematoma paragenitales	99
Figura 22 Hemorragia posparto	99
Figura 23 Asfixia.....	100
Figura 24 Trauma Obstetrico	100
Figura 25 Peso al nacer	101
Figura 26 Síndrome de aspiracion meconial	101
Figura 27 Depresion respiratoria	102
Figura 28 Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	102
Figura 29 Muerte Neonatal	103
Figura 30 Indicacion de inducto conduccion/ via de finalizacion	104
Figura 31 Longitud cervical/ Via de finalizacion.....	105
Figura 32 Dosis de misoprostol/ via de finalizacion	105
Figura 33 Dosis de misoprostol/ Atonia uterina	106
Figura 34 Dosis de misoprostol/ Asfixia neonatal.....	106

5. INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto se define como el procedimiento dirigido a estimular la actividad uterina para producir cambios cervicales y comenzar el trabajo de parto (Cartagena Ayala , 2019). Dado que es un procedimiento no exento de complicaciones, sólo debiera usarse en aquellas circunstancias en las que el riesgo de esperar por el inicio del parto espontáneo fuese considerado para el obstetra, mayor que el riesgo de acortar la duración del embarazo (Pérez Matos , 2015).

Una vez que se ha tomado la decisión de inducto conducir el parto, debe de tomarse en cuenta factores clínicos como paridad, el estado de las membranas, las condiciones cervicales, factores que determinan el buen uso del método farmacológico (Vela González & Sobalvarro Díaz , 2021).

La inducción del trabajo de parto se asocia con un aumento de complicaciones maternas como cesáreas, ruptura uterina y hemorragia posparto por atonía uterina (Cunningham, y otros, 2019) así como complicaciones perinatales: síndrome de aspiración meconial, depresión neonatal (Vértiz Cobián , 2019) entre otras.

En Estados Unidos, se reporta que más del 22 al 30% de las mujeres embarazadas se someten a inducción de trabajo de parto. En Europa, en el año 2010, se reportan cifras que oscilan entre el 6.8 y 33%. Para Latinoamérica la frecuencia reportada es entre el 5-20%. (Reyes Shiguetomi, 2018).

El Hospital Privado Salud Integral es un centro de atención médica a pacientes que pertenecen al régimen de seguridad social, según las estadísticas, en el primer semestre del año 2022 se presentaron 435 nacimientos de los cuales el parto vaginal tuvo una frecuencia del 29.1% y el de cesáreas fue de 70.8%. De los nacimientos totales aproximadamente el 20 % son sometidos al procedimiento de inducto conducción del trabajo de parto.

El presente estudio tiene como objetivo conocer los resultados maternos y fetales en embarazadas a término sometidas al proceso de inducto conducción del trabajo de parto del 1ro enero- 31 julio del año 2023, estos resultados permitirán conocer las estadísticas actuales del Hospital Privado Salud Integral incidiendo en la mejorar de la calidad de atención médica a nuestros pacientes que es el fin de la profesión médica.

5.1 Antecedentes

Se presentan los antecedentes internacionales y nacionales más relevantes para la realización de este estudio:

Antecedentes Internacionales:

(Laughon, y otros, 2012) Realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con el tema "Inducción del parto en una cohorte obstétrica contemporánea" en el año 2012 con 208,695 registros médicos electrónicos de 19 hospitales en los Estados Unidos de 2002-2008 a mujeres embarazadas sometidas a inducción al parto, se determinó que la mayoría de las embarazadas eran nulíparas en el 42.9% y en el 31,8% multíparas. El éxito por parto vía vaginal influyó 47,6% de las mujeres nulíparas y en el 41,0% de las multíparas.

(Pérez Matos, 2015) Realizó un estudio prospectivo observacional sobre "Factores pronósticos en la inducción del trabajo de parto" en Las Palmas de Gran Canaria, España, en el año 2015 donde se concluyó que el 80% de las pacientes estudiadas (496) requirieron uso de oxitocina intravenosa para la inducción del parto. Resultados neonatales de mortalidad no se registró ningún caso en el grupo de inducciones del parto antes de la fase de latencia.

(Guzman, 2018) Realizó un estudio analítico transversal con el tema "Resultados obstétricos y perinatales en pacientes gestantes a término inducto-conducidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca Ecuador, en el año 2018 donde se determinó que la población estudiada al ingreso a sala en su mayoría presentó un Bishop mayor a 6 con el 61.2%. En cuanto a la vía de finalización 35% fue por vía alta y el 65% fue por vía vaginal. En lo que se refiere a desgarros en la región perineal el 22.1% presentó desgarros de primer grado y solo el 0.6% (2 casos) presentaron desgarro de tercer grado, hemorragia postparto se presentó en solo en el 1.9%, además se observó que el 6% de los neonatos fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatal.

(Rivas Baiza & Sandoval Albanez , 2019) Realizó un estudio de tipo retrospectivo descriptivo transversal en Santa Ana, El Salvador, con el tema "complicaciones maternas y fetales asociadas al uso de misoprostol para la inducción del trabajo de parto" en el cual se encontró que de las 44 pacientes la mayoría (48%) representando un total de 21, el mayor nivel de estudios alcanzados de ellas fue secundaria, 25% primaria, 16% bachillerato, nivel universitario 16% y únicamente dos pacientes del total pertenecen a la categoría de analfabetismo y en relación a los antecedentes gineco-obstétricos se reporta que el 57% de las pacientes son primigestas y el 43% multíparas.

(Cartagena Ayala , 2019) Un estudio descriptivo retrospectivo transversal realizado en San Salvador, con el tema: "Caracterización clínica y resultados perinatales de pacientes primigestas con embarazo a término manejadas con misoprostol como inductor del trabajo de parto en el Hospital Nacional de la Mujer, en el año 2018" concluyó que, de las 195 pacientes estudiadas, 63 (32.30%) se encontraron en sobrepeso, 61 (31.28%) presentaron Obesidad GI y GII y 48 (24.62%) obesidad

mórbida, solo 23 (11.8%) pacientes se encontraron con IMC en rango normal. Posterior a la inducción del trabajo de Parto con Misoprostol, el 55% de las pacientes recibieron conducción con oxitocina. Dentro de los resultados maternos se encontró que en el post parto inmediato el 87.69% no presentaron complicaciones, 8.2% pacientes presentaron atonía uterina y 4.10% pacientes lesiones de tejido blando. Dentro de los resultados perinatales se observó 70.77% no presentaron presencia de meconio a la hora del nacimiento, mientras que 29.23% recién nacidos si presentaba. Al nacimiento 16.41% neonatos presentaron Distrés Respiratorio y 83.59% de ellos tenían un patrón respiratorio normal.

Antecedentes Nacionales:

(Zelaya Rodríguez & Reyes Sánchez , 2016) Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el tema “Resultados obstétricos y perinatales del uso de Misoprostol como inductor del trabajo de parto en embarazos prolongados y postérmino en la sala de ARO del Hospital José Nieborowski, Boaco donde se encontró que el peso al nacer el 95% pesó 2500 a 3999 gramos considerado como resultados satisfactorios y un 5% menor de 2500grs.

(De la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016) Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con el tema “Complicaciones materno-fetales asociadas al uso de misoprostol para la inducción del trabajo de parto en embarazos a términos” donde se observó que dentro de los antecedentes gineco-obstétricos el 41% eran primigestas, 25% bigesta, 20% trigesta, 10% multigesta y solo el 4% gran multigesta. Dentro de las complicaciones maternas encontraron que el 16% presentó hemorragia posparto, 14% lesión del canal de parto, 1% presentó desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y el 0% ruptura uterina.

(Suarez, Madriz, & Paladino, 2019) Realizó un estudio Descriptivo, Retrospectivo de Corte Transversal con el tema “Resultados materno-fetales en la inducción del trabajo de parto con Misoprostol en pacientes con embarazos prolongados, del servicio de Ginecoobstetricia Hospital José Nieborowsky, Boaco, Enero – diciembre 2018”. Presento que en cuanto a dosis de misoprostol para inducir maduración cervical las pacientes requirieron dos dosis aplicadas (n=39, 55.7%), seguida de un grupo en que se aplicó tres dosis (n=10, 14.3%), seguida del grupo en que se aplicó una dosis (n=8, 11.4%), un grupo que se aplicó cuatro dosis (n=7, 10.0%), seguido de un grupo de seis dosis (n=4, 5.7), y un último grupo el cual se colocó cinco dosis (n=2, 2.9). Con una moda de tres dosis. Considerando que una utilización de tres a cuatro dosis para crear condiciones cervicales favorables es medianamente eficaz.

(Larios Zamora , 2019) Un estudio descriptivo de corte transversal realizado en Nueva Guinea, Nicaragua en el Hospital primario Jacinto Hernández, mayo 2017-abril 2018 con el tema “Eficacia de la inducción con misoprostol del trabajo de parto en embarazo a término y prolongado con cérvix desfavorable” concluyó que la mayoría de las pacientes se encontraban en edades óptimas de gestación, sin embargo el 100% pertenecían al grupo de alto riesgo obstétrico donde en un 85% terminaron en parto vaginal y un 15% en cesárea la cual el principal motivo fue inducción fallida (58%) , riesgo de pérdida del bienestar fetal (25%) y trabajo de parto detenido (17%).

(Velásquez Rocha , 2019): Un estudio descriptivo de corte transversal realizado en León, Nicaragua, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, junio 2016-junio 2018 con el tema " Uso de misoprostol vía vaginal, para maduración cervical, en pacientes con embarazo \geq 37 semanas ingresadas en ARO II" concluyó de 360 pacientes que la indicación más frecuente fue el embarazo a término sin trabajo de parto en un 37.8%, seguido del síndrome hipertensivo gestacional en sus diferentes clasificaciones con un 19.2%, rotura prematura de membranas en un 12.2%, embarazo prolongado en un 8.6%, diabetes en un 7.8%. Con vía de finalización del embarazo más frecuentes fue la vaginal 74.3% y un 25.7% de casos se finalizó vía cesárea donde la principal indicación fue el riesgo de pérdida del bienestar fetal en un 75.9%, así mismo se observan otras indicaciones en menor porcentaje como la inducción fallida (7.8%), dilatación estacionaria (5.6%), oligoamnios severo (3.3%), corioamnionitis y expulsivo prolongado en igual porcentaje (2.2%).

(Velasquez Chavarria , 2021) Realizó un estudio descriptivo de corte transversal realizado en León, Nicaragua con el tema: "Uso del misoprostol en embarazos de término para la inducción del trabajo de parto en la sala de prelabor del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. Durante el período de abril 2018 al noviembre 2020" en el cual se evidenció que el mayor porcentaje de las pacientes tenían entre 20- 35 años con un 75%, 23% corresponde a menores de 19 años y 2% mayores de 35 años. Se encontró que la mayoría de pacientes en las cuales se utilizó misoprostol han sido primigestas con un 56%, seguido de las bigestas con un 18% y en las multigestas solamente el 11%.

(López Fuentes , 2021) Realizó un estudio de tipo observacional , analítico, de casos y controles con un tipo de muestreo probabilístico por conveniencia con el tema " complicaciones materno-fetales asociadas al uso de misoprostol intravaginal para la inducción de trabajo de parto en pacientes ingresadas en la Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en Juigalpa Nicaragua donde reportó que la complicación materna que predominó fue la hemorragia posparto con el 14.5% (16), atonía uterina y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con el 7.3% (8) y que el 50% (55) de las pacientes no presentaron complicaciones.

(Vela González & Sobalvarro Díaz , 2021) Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con el tema "Cumplimiento del protocolo MINSAL 156 "Guía del manejo clínico de la inducción de parto" en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en Boaco en el que se concluyó que la mayoría de las pacientes tenían entre 20-34 años en un 53.8% seguidas de las menores de 19 años en un 32.5% y mayores de 35 años en un 13.7%, con un estado civil donde el 76.3% tenían unión libre, el 16.2% eran casadas y el 7.5% eran solteras.

Antecedentes del Hospital:

(Palma Rodríguez , 2022) Realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo con el tema " Resultados maternos y perinatales asociados al uso de misoprostol en el Hospital Salud Integral en Boaco, donde se observó con respecto a la asfixia perinatal solo el 3.92% de los casos presentaron asfixia neonatal, síndrome de aspiración de meconio no se encontró ningún caso, así como de muerte fetal.

5.2 Objetivos

Objetivo general

Describir los resultados maternos y fetales en embarazos a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral en el período del 1ro de enero al 31 de Julio del año 2023.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y obstétricas.
2. Mencionar las indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto en las pacientes en estudio.
3. Conocer el abordaje obstétrico en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.
4. Detallar los resultados maternos en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.
5. Identificar los resultados fetales en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

5.3 Planteamiento del Problema

La inducto conducción es uno de los procedimientos más frecuentes utilizados en la práctica del servicio de Gineco-Obstetricia, el cual aumenta el riesgo de presentar complicaciones en el binomio madre e hijo que pueden intervenir en la vía de finalización del embarazo.

En el Hospital Privado Salud Integral de Managua, Nicaragua, no existen datos estadísticos actuales sobre los resultados maternos y fetales que se producen a consecuencia del procedimiento de inducto conducción del trabajo de parto que ayuden a mejorar la calidad de atención médica, por lo que planteamos las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los resultados maternos y fetales en los embarazos a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral durante el período 1ro de enero al 31 de julio del año 2023?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo del parto en el Hospital Privado Salud Integral?
- ¿Cuáles son las indicaciones de inducto-conducción del trabajo de parto en las pacientes en estudio?
- ¿Cuál es el abordaje obstétrico de las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto?
- ¿Cuáles son los resultados maternos en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto?
- ¿Cuáles son los resultados fetales en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto?

5.4 Justificación

Originalidad: Se constata que actualmente en el hospital privado salud integral no se cuenta con un estudio descriptivo orientado hacia los resultados maternos y fetales de las pacientes a término sometidas a inducto-conducción para una mejor atención del trabajo de parto.

Conveniencia institucional: La información generada en este estudio brindara datos sobre los principales resultados maternos y fetales para lograr una identificación de factores del trabajo de parto en embarazadas a término sometidas a inducto-conducción.

Relevancia social: Al conocer los resultados maternos y fetales permitirá identificar cuáles fueron los factores desencadenantes que conlleven a una complicación materno-fetal con el fin de modificar conductas y enriquecer la atención brindada.

Valor teórico: Los resultados obtenidos servirán para construir un flujograma de atención y planes de mejora sobre complicaciones maternas y fetales que se presentan.

Importancia e implicaciones prácticas, social y productiva: La identificación de un correcto manejo y abordaje en paciente sometidos a inducto-conducción nos permitirá conocer si los resultados de dicho procedimiento son beneficiosos para el parto vía vaginal o si aumentan el riesgo de presentar intervención quirúrgica de urgencia.

5.5 Limitaciones

En este estudio presenté factores limitantes al momento de la recolección de datos los cuales podemos mencionar:

- Expedientes clínicos en los cuales las pacientes no estaban en cobertura por medio del instituto nacional de seguridad social.
- Expedientes clínicos con datos incompletos.
- Falta de disponibilidad de los expedientes clínicos con respecto al procedimiento de inducto conducción al trabajo de parto.

5.6 Hipótesis

Hipótesis Nula(H0):

Los Resultados maternos y fetales en embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto no son satisfactorios.

Hipótesis Alternativa(H1):

Los Resultados maternos y fetales en embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto son satisfactorios.

5.7 Variables

Se elaboro un cuestionario para cumplir los objetivos planteados, donde se incluyeron los aspectos siguientes:

1. Características sociodemográficas y obstétricas.
 - 1.1. Edad Materna.
 - 1.2. Índice de masa corporal.
 - 1.3. Escolaridad.
 - 1.4. Estado Civil.
 - 1.5. Gestas.
 - 1.6. Periodo intergenésico.
 - 1.7. Paridad.
2. Indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto
 - 2.1. Indicación de inducto conducción del trabajo de parto
3. Abordaje obstétrico
 - 3.1. Longitud cervical
 - 3.2. Ultrasonido obstétrico (1 semana previa)
 - 3.3. Escala de Bishop
 - 3.4. Dosis de misoprostol
 - 3.5. Intervalo de tiempo entre dosis de misoprostol a oxitocina
 - 3.6. Conducción del trabajo de parto
4. Resultados maternos
 - 4.1. Vía de finalización
 - 4.2. Indicación de cesárea
 - 4.3. Desgarro perineal
 - 4.4. Hematoma paragenital
 - 4.5. Atonía uterina
 - 4.6. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
 - 4.7. Ruptura uterina
 - 4.8. Hemorragia Postparto
5. Resultados Fetales
 - 5.1. Asfixia neonatal
 - 5.2. Peso al nacer
 - 5.3. Trauma Obstétrico
 - 5.4. Síndrome de aspiración de meconio.
 - 5.5. Depresión respiratoria
 - 5.6. Unidad de cuidados intensivos neonatal.
 - 5.7. Muerte neonatal

5.8 Marco Contextual

Inducción: Se refiere a garantizar condiciones en el cérvix uterino mediante uso de fármacos, los cuales, por cambios bioquímicos en el tejido conectivo del cérvix, logran reblandecerlo y facilitar así la dilatación que paulatinamente sucederá a la actividad uterina provocada por dicho fármaco o por la oxitocina endógena o exógena posteriormente circulante en plasma materno. (MINSa, 2020)

Conducción: Procedimiento médico, farmacológico, cuyo propósito es provocar contracciones uterinas con frecuencia e intensidad suficiente para lograr la terminación de la gestación por indicaciones médicas previamente avaladas. (MINSa, 2020)

Trabajo de parto: corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Este comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles, y finaliza con la expulsión de la placenta. (Carvajal C. & Ralph T, 2018)

Parto de término: Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005).

Inicio del trabajo de parto: Nulíparas, Borramiento del 100% y dilatación de 4cm y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una y múltipara, borramiento del 50%, dilatación de 3 cm y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración cada una. (MINSa, 2020)

En la antigüedad, Egipto (6000–1200 a. C.), el Papiro de Ebers (1550 a. C.) (3,5), contiene compendios médicos e información ginecológica de la época. Así como en la prehistoria, las mujeres eran atendidas sólo por mujeres, el parto lo desarrollaban en cuclillas, en el suelo o sobre ladrillos. Los estimulantes del parto que también figuraban en ese papiro eran seguramente lo validado de la época y consta del uso de sal, cebolla, aceite, menta, incienso, vino, cáscaras de escarabajo y tortuga (Sedano, Sedano, & Sedano, 2014)

La primera prostaglandina clínicamente utilizada en el ejercicio profesional de la atención ginecológica y obstétrica fue la PgF₂α, desde 1968. Pero su empleo se abandonó debido a los efectos colaterales presentados, como el producir náuseas, vómitos y diarrea. En la década de 1970 varios estudios empezaron a utilizar la PgE₂ con la misma finalidad, por distintas vías de administración y diversas dosis, mostrando su efectividad en la inducción de la actividad contráctil del útero (FLASOG, 2013)

En 1973 se descubrió que la oxitocina era un péptido corto que contenía 9 residuos de aminoácidos, con un puente disulfuro entre dos mitades de cistina en posición 1 y 6. Por la síntesis de esta hormona Du Vigneaud recibió en 1955 el premio Nobel y desde entonces se cuenta en obstetricia con oxitocina sintética altamente purificada. (Quimica.es, s.f.)

Desde la década de 1980 un metilánalo sintético de la Prostaglandina E1, el misoprostol, pasó a ser también utilizado en ginecología y obstetricia, después de ser liberado comercialmente para el manejo de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (FLASOG, 2013)

En 1985 el misoprostol fue por primera vez registrado bajo la marca del fabricante como Citote y fue rápidamente aceptado en múltiples países para el tratamiento de la úlcera péptica y en los pacientes que ingerían antiinflamatorios no esteroideos (Napoles, 2006).

Este estudio fue realizado en Managua, Nicaragua con el objetivo de describir los resultados maternos y fetales en embarazos a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral de Mangua, Nicaragua, en el periodo 1er de Enero al 31 de Julio del año 2023. Localizado en la siguiente dirección: Hospital Salud Integral, S/N, 18 Av. Suroeste.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Estado del Arte: Lex Artes

El término LEX ARTIS proviene del latín y significa LEY DEL ARTE. Ha sido empleada para referirse a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional se ajusta o no a lo que debe hacerse. Señala las reglas técnicas que el médico debe aplicar para cada tipo de acto médico semejante, sin olvidar su criterio personal como mejor conocedor del enfermo, es decir de SU ARTE (Gaceta Medica de Nicaragua, 2017)

Según la (Gaceta Medica de Nicaragua, 2017) la LEX ARTIS presupone unos de los elementos característicos que son:

Un profesional idóneo. Esta idoneidad podrá evidenciarse con los títulos que acrediten los estudios realizados y con el cumplimiento de los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio de la profesión.

Un diagnóstico. Es un acto médico complejo, resultado de un examen pormenorizado y su posterior evaluación, es la base de la actuación médica. Es una pieza fundamental en la posterior evaluación jurídica de la responsabilidad, un error en el diagnóstico produce, inevitablemente, una actuación también errónea.

Empleo de técnicas o medios con aceptación universal. El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas. Si en circunstancias graves, un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables.

El consentimiento del paciente. Es la autorización que da el paciente al médico para que efectúe el acto médico propuesto, teniendo como base la información veraz recibida del galeno sobre la enfermedad y sus opciones de diagnóstico y tratamiento, con sus riesgos y beneficios.

En Nicaragua el Ministerio de Salud (MINSa) ha implementado normas para una calidad en la atención de las embarazadas y manejo integral en los recién nacidos.

La atención de la mujer embarazada constituye en Nicaragua, una de las prioridades en el proceso de restitución de derechos en salud, llevado a cabo por el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional que desde el año 2007 ha desarrollado un modelo de salud familiar y comunitario el cual tiene como protagonista al segmento más vulnerable de la población materno-infantil (MINSa, 2020) .

La Guía de atención integral del neonato (Normativa 108) ha contribuido a estos logros, a través de la aplicación de técnicas y procedimientos científicos aplicados en los establecimientos de salud públicos y privados desde el nacimiento. La guía en su cuarta edición es una herramienta fundamental para fortalecer el abordaje integral en la atención y los cuidados que se brindan a los neonatos (MINSa, 2021)

6.2 Teorías y Conceptualizaciones Asumidas

6.2.1 Características Sociodemográficas

Edad materna

Hay en general coincidencia en considerar a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y materna aumenta tanto en las madres adolescentes especialmente en el grupo de menor de 15 años como en las que tienen más de 35 años (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005).

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. (Donoso & Otros, 2014)

Índice de masa corporal

Es un índice simple de peso para la talla comúnmente utilizado para clasificar bajo peso, sobrepeso y obesidad en adultos. Se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros. (OMS, OPS, 2020)

La obesidad se clasifica según la OMS en: Normo peso (IMC de 18.5-24.9), exceso de peso (IMC > 25 kg/m²), sobrepeso (IMC 25-29.9 kg/m²), obesidad grado I o moderada (IMC 30-34.9 kg/m²), obesidad grado II severa (IMC de 35-39.9 kg/m²), obesidad grado III o mórbida (IMC > 40 kg/m²). (Lozano Bustillo, y otros, 2016).

La obesidad en el embarazo es un conflicto para salud pública, pues incrementa riesgos obstétricos y neonatales aumenta el riesgo de presentar enfermedades y complicaciones durante el embarazo y el parto como: Diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedades hepáticas no alcohólicas, trastornos de la coagulación (tromboembolias) y oligo/polihidramnios y en el feto los trastornos abarcan: Macrosomía fetal, síndrome de distrés respiratorio y productos con bajo peso para la edad gestacional, prematuridad, malformaciones genéticas y aumento de riesgo de muerte fetal (Lozano Bustillo, y otros, 2016)

(Zuheros Montes, y otros, 2017) Realizó un estudio con diseño clínico-epidemiológico observacional retrospectivo. Incluyó a 172 inducciones del parto entre agosto y octubre del 2016. Concluyendo que la relación entre sobrepeso y obesidad y el aumento de la tasa de cesáreas en las pacientes inducidas en el estudio se ha evidenciado de manera clara.

Escolaridad

El deterioro socioeconómico y el baja nivel de educación se asocian a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo manual, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de madres sin pareja estable (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005)

6.2.2 Características Obstétricas

Paridad

Es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación.

1. Nulípara: ningún parto previo.
2. Múltipara: como mínimo un parto previo. Nacimiento por cualquier vía, vivo o muerto, con un peso ≥ 500 g o ≥ 22 semanas. (FASGO, 2023)

Periodo intergenésico

Se ha reportado que existe elevación del riesgo materno fetal en relación a la duración del período intergenésico. Es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según OMS, el tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor de 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales; (Zavala García , Ortiz Reyes , Salomon Kuri , Padilla Amigo , & Preciado Ruiz , 2018).

Período Intergenésico Corto: Se ha definido como el período menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas complicaciones aumenta dependiendo del período intergenésico corto transcurrido por ejemplo prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se relacionan a un período intergenésico menor de 18 meses. Se ha reportado que la posibilidad de período intergenésico corto es mayor en mujeres en edad materna de riesgo (>35 años de edad), en comparación a mujeres que tienen su primer parto a los 20-29 años (Zavala García , Ortiz Reyes , Salomon Kuri , Padilla Amigo , & Preciado Ruiz , 2018).

Período intergenésico largo: El mecanismo propuesto para la presencia de efectos obstétricos adversos es “regresión fisiológica” se refiere a que en un período mayor de 5 años posterior a un evento obstétrico (Parto o cesárea), las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar, presentando un mayor riesgo para presentar parto pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, distocias y preeclampsia/eclampsia. Los efectos obstétricos adversos son similares a aquellos descritos en período intergenésico corto, de hecho, ya que el riesgo de presentar complicaciones obstétricas aumenta en intervalos gestacionales menores

de 18 meses, disminuye entre los 18-24 meses y de nuevo aumentan posterior a los 60 meses (Zavala García , Ortiz Reyes , Salomon Kuri , Padilla Amigo , & Preciado Ruiz , 2018).

6.2.3 Indicaciones para Inducto Conducción del Trabajo del Parto.

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento que se indica en pacientes con riesgo elevado de continuar con su embarazo, en lugar de interrumpirlo. Merece consideración independiente la inducción electiva, en la que se considera aceptable su indicación con los siguientes criterios: embarazo de término, encontrarse en un sitio alejado de la atención médica y el viaje incrementa el riesgo o, bien, por decisión personal de la paciente, que deberá firmar una carta de consentimiento donde se le expliquen las ventajas y posibles complicaciones de la inducción del trabajo de parto. (Aragon Hernandez & Otros, 2017)

Indicaciones para inducción del parto

Las condiciones de morbilidad asociada materna o fetal que son criterios de inducción del parto, se mencionan a continuación:

- ✓ Embarazo a término completo
- ✓ Ruptura prematura de membranas al término
- ✓ Enfermedad hipertensiva del embarazo
- ✓ Corioamnionitis
- ✓ Muerte fetal
- Condiciones médicas maternas:
 - ✓ Diabetes.
 - ✓ Enfermedad renal
 - ✓ Enfermedad pulmonar crónica
 - ✓ Lupus eritematoso sistémico/Síndrome antifosfolípido
 - ✓ Cardiopatía I y II según de OMS
- Compromiso fetal:
 - ✓ Oligoamnios
 - ✓ Restricción de crecimiento intrauterino.
 - ✓ Aloinmunización Rh

Contraindicaciones:

- ✓ Desproporción céfalo pélvica
- ✓ Prematurez en ausencia de indicación clara para finalización.
- ✓ Gestación múltiple
- ✓ Cesárea Anterior
- ✓ Cirugía previa con entrada a la cavidad uterina
- ✓ Antecedente de rotura uterina
- ✓ Placenta previa, vasa previa
- ✓ Situación transversa
- ✓ Morbilidad maternal descompensada
- ✓ Herpes genital activo.

Complicaciones del uso de prostaglandinas

- ✓ Frecuentes (>1/100, <1/10)
- ✓ Alteraciones frecuencia cardiaca fetal.
- ✓ Hipertonía uterina, taquisistolia, hiperestimulación uterina.
- ✓ Hipotensión o taquicardia.
- ✓ Poco frecuentes (>1/1000, <1/100)
- ✓ Náuseas, vómitos, diarrea, fiebre
- ✓ Pérdida de bienestar fetal secundaria a hiperestimulación uterina.
- ✓ Raros (>1/10.000, <1/1000)
- ✓ Coagulación intravascular diseminada.
- ✓ Rotura uterina

Indicaciones para conducción del parto

La oxitocina sintética es la medicación más ampliamente utilizada en obstetricia. Su uso está indicado en la inducción y la estimulación del trabajo de parto y también como prevención y tratamiento de la hemorragia posparto (HPP). Se puede utilizar durante todas las fases del parto si fuera necesario. Su función principal es aumentar la contractilidad del miometrio y provocar contracciones uterinas (Medicina Fetal Barcelona, 2023).

Según (Medicina Fetal Barcelona, 2023) las indicaciones se recomiendan en situaciones determinadas como:

- ✓ La inducción del parto.
- ✓ Cuando existe una progresión inadecuada del trabajo de parto.
- ✓ Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto.

Complicaciones del uso de oxitocina en la conducción del parto

- ✓ Hiperestimulación uterina
- ✓ Intoxicación hídrica y otras complicaciones: tiene propiedades antiuréticas, por ello si se administra en altas dosis (más de 30 mU/min) durante periodos prolongados y en soluciones hipotónicas puede producir una hiponatremia sintomática. La intoxicación hídrica conduce a hiponatremia, convulsiones, coma, insuficiencia cardiaca e incluso la muerte.

6.2.4 Abordaje Obstétrico.

Longitud cervical

Evaluación por ecografía transvaginal de la longitud en milímetros del cuello antes de inicio de la inducción del parto, con la finalidad de predecir la respuesta a la misma. (MINSA, 2020).

(Hasbon Carreño & Monsalve Pinto, 2012) Realizaron un estudio un estudio observacional, evaluando una cohorte prospectiva de 80 gestantes a quienes se les realizó valoración ultrasonográfica y clínica del cérvix antes de iniciar la inducción

del trabajo de parto, demostrando que las pacientes con longitud cervical >20mm tienen 1.57 veces la probabilidad de tener parto por cesárea (IC95% 1.28-4.23 p <0.05).

Maduración cervical

Las contracciones del útero constituyen uno de los factores que causan la maduración progresiva del cuello uterino que ocurre durante el parto. A lo largo de este proceso el cuello uterino sufre distintos cambios, que se han clasificado como grados de madurez cervical lo siguiente (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005).

Grado I: cuello inmaduro, en situación muy posterior respecto al eje de la vagina, de consistencia firme, con una longitud (borramiento) de 3-4 cm, sin dilatación del orificio interno (ni del externo en la nulípara)

Grado II: cuello parcialmente maduro, que presenta distintas variedades intermedias entre los grados I y III.

Grado III: cuello maduro, bien centralizado en el eje de la vagina, de consistencia muy blanda, longitud acortada a 1 cm o menos, borrado o en vías de borramiento, dehiscente hasta 2-3 cm.

Puntuación de Bishop

El índice de Bishop es el sistema de evaluación del cuello uterino más comúnmente utilizado en la práctica clínica que se basa en la estación de la parte de presentación y las cuatro características del cuello uterino: dilatación, borramiento, consistencia y posición. La dilatación cervical se considera la más importante de los cinco elementos de puntuación. (Grobman, 2020)

En este sistema de puntos cada categoría tiene una puntuación entre el 0 y 3, al final se sumarán las puntuaciones y el resultado determinará la viabilidad de la inducción al parto. A mayor puntuación mayor son las posibilidades de que la inducción pueda realizarse correctamente y el parto se desarrolle de forma natural. Si el cuello uterino es desfavorable (puntuación igual o menor de 6) se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación utilizando prostaglandinas, si el cuello uterino es favorable (puntuación mayor de 6) se lo considera maduro y generalmente se logra inducir el trabajo de parto solo con oxitocina (Martínez Jiménez , 2018).

TABLA 1*Score de Bishop*

Puntuación	0	1	2	3
Posición cérvix	Posterior	Mediana	Cerrado	-----
Consistencia	Dura	Media	Blanda	-----
Longitud Borramiento	3cm 0-30%	2cm 40-50%	1cm 60-70%	Borrado >70%
Dilatación	0 cm	1-2cm	3-4Cm	>4cm
Plano de Hodgge	Libre	I - II	III	IV

Nota. Esta tabla corresponde a la evaluación clínica y pronóstica de la respuesta a la inducción. Tomado de la normativa 156 del MINSA, 2020, *Guía Para El Manejo Clínico*

De La Inducto Conducción Del Parto.

Misoprostol

El misoprostol es un análogo de prostaglandina E1 (PgE1) inicialmente indicado para el tratamiento de la úlcera péptica, especialmente en la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. Estudios en ginecoobstetricia han demostrado la efectividad en inducir cambios cérvico-uterinos, logrando un estímulo uterino capaz de provocar contracciones uterinas (FLASOG, 2013)

El misoprostol disminuye la cantidad de fibras de colágeno y permite que se intercale entre ellas una mayor cantidad de agua, incremento de los glucosaminoglicanos, incremento en la actividad de los fibroblastos y aumento de la sensibilidad miometrial a la oxitocina, como consecuencia de estos mecanismos se produce la maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino (Martínez Jiménez , 2018).

Farmacodinamia

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1, está constituido por partes equivalentes de dos isómeros en equilibrio. Teniendo en cuenta que la mayor parte de la degradación de las prostaglandinas se produce por la 15-hidroxil prostaglandina deshidrogenada, que actúa sobre el grupo hidroxilo, los procesos de metilación de las prostaglandinas permiten bloquear la acción de esta enzima y obtener compuestos estables y más duraderos. Las prostaglandinas sintéticas son más potentes que las de síntesis biológica natural, la duración de la acción terapéutica es mayor y resisten algo mejor el metabolismo inmediato del efecto de primer paso (Martínez Jiménez , 2018).

Su efecto sobre el músculo y cuello uterino permite su aplicación en obstetricia, en el músculo uterino inhibe el secuestro de calcio por la ATPasa dependiente del calcio en el retículo endoplásmico y de esta forma aumenta la concentración de calcio citosólico; un proceso que lleva a la activación de la lipasa de cadena ligera de la miosina, a la fosforilación de la miosina y la interacción de la miosina y la

actina. Consecuentemente, el misoprostol aumenta la frecuencia y la intensidad de las contracciones del músculo liso uterino de forma que las fibras se orientan en el sentido de la tensión ejercida sobre ellas, facilitando así la expulsión del contenido uterino.

Respecto al cuello uterino, el mismo está constituido por músculo liso, colágeno y tejido conectivo, siendo este último la sustancia base donde se forman compuestos importantes del cérvix como los glucosaminoglicanos. Al final del embarazo cambia la correlación de estos por efecto de las prostaglandinas. El sulfato de dermatan y el condroitil sulfato mantienen su predominio durante la gestación, de modo tal que proporcionan fijeza a la fibra colágena y favorecen la rigidez cervical. Al término del embarazo, disminuyen las concentraciones de estos dos glucosaminoglicanos y aumentan las de otro, el ácido hialurónico, que reblandece y edematiza el cérvix (Martínez Jiménez , 2018).

Farmacocinética

La biodisponibilidad del misoprostol por vía vaginal, es tres veces mayor que por vía oral, después de la administración vaginal, la concentración plasmática del misoprostol se eleva gradualmente, alcanzando el pico máximo entre 60 y 120 minutos, declina lentamente llegando hasta el 61% del nivel máximo a los 240 minutos después de la administración, los niveles plasmáticos permanecen relativamente estables por lo menos hasta seis horas después de su administración. Además, cuando se humedecen los comprimidos de misoprostol utilizando la vía vaginal, los niveles séricos permanecen más elevados al menos hasta seis horas después de la administración (Martínez Jiménez , 2018).

Una de las ventajas de la vía vaginal en relación a la vía oral es que se evita el efecto de primer paso a través del hígado, evitando así que parte del misoprostol sea inmediatamente metabolizado en el sistema porta. Esta puede ser una de las razones por la cual los niveles plasmáticos de estas vías permanecen más elevados a los 240 minutos con respecto a las vías oral y sublingual. Una vez el fármaco llega a nivel sistémico, independientemente de la vía de administración y absorción, su comportamiento en cuanto a procesos de distribución, metabolismo y excreción es similar. El misoprostol es sometido a un extenso metabolismo durante la primera circulación para formar su principal metabolito activo, el ácido misoprostólico, se elimina fundamentalmente por la orina (73%), se han encontrado pequeñas cantidades en heces (15%), probablemente por eliminación biliar (Martínez Jiménez , 2018).

Mecanismo de acción

Las prostaglandinas en general aumentan el AMPc intracelular en algunos tejidos, mientras que en otros lo reduce o se opone a su aumento. En otros tejidos el mediador intracelular es el monofosfato cíclico de guanosina (GAMPc); otras veces el mecanismo intracelular es independiente de los nucleótidos cíclicos, como, por ejemplo, la acción sobre el músculo liso vascular de la prostaglandina E₂ y sobre el miometrio de la prostaglandina E₂ y F₂ α. En estos casos actúa facilitando la entrada del ión calcio y otros iones a la célula, en este proceso inhibe el secuestro

de calcio por la ATP así dependiente del calcio en el retículo endoplásmico y de este modo aumenta la concentración del calcio citoplasmático; un proceso que lleva a la activación de la línea de cadena ligera de la miosina, a la fosforilación de la miosina y de este modo a la interrelación de la miosina fosforilada y la actina y, por lo tanto, el aumento de la actividad contráctil (Nápoles, 2006).

Manejo farmacológico

Se recomienda el uso de 25 - 50mcg de misoprostol c/6 h por un máximo de 3 dosis en un período de 24 horas, vía oral o vaginal. Si la paciente no ha entrado en trabajo de parto, descansar durante la noche y reevaluar en la mañana siguientes (MINSA, 2020):

Humedecer la tableta con agua, antes de colocarla en la vagina.

En las siguientes 24 horas se pueden utilizar 3 dosis más de misoprostol en igual dosificación de 25 mcg C/6 h hasta por un máximo de 3 dosis.

Se recomienda el uso de misoprostol de 3 dosis cada 24 horas hasta completar 6 dosis en 48 horas.

Si se alcanza actividad uterina útil y/o hay progresión de las modificaciones cervicales NO SE DEBE DE ADMINISTRAR una nueva dosis, hasta valorar nuevamente el Score de Bishop por el médico de mayor jerarquía y hacer un nuevo cálculo del mismo consignándolo en el expediente clínico.

Antes de cada nueva dosis de misoprostol se debe de evaluar integralmente a la paciente, así como las condiciones fetales, por el recurso más calificado.

La evidencia disponible establece que después de este período (6 dosis totales de misoprostol) puede considerarse inducción fallida, debiendo establecerse la causa de la misma y si no existe progreso en las modificaciones interrumpir por cesárea (habiendo evidenciado una adecuada vigilancia y control clínico de actividad uterina con el uso del partograma).

Oxitocina

La oxitocina sintética es la medicación más ampliamente utilizada en obstetricia. Su uso está indicado en la inducción y la estimulación del trabajo de parto y también como prevención y tratamiento de la hemorragia posparto (HPP). Se puede utilizar durante todas las fases del parto si fuera necesario. Su función principal es aumentar la contractilidad del miometrio y provocar contracciones uterinas (Medicina Fetal Barcelona, 2023).

Farmacodinamia

La oxitocina es un péptido de nueve aminoácidos (un nonapéptido). Su secuencia es cisteína - tirosina - isoleucina - glutamina - asparagina - cisteína - prolina - leucina - glicina. Los residuos de cisteína forman un puente disulfuro. La oxitocina tiene una masa molecular de 1007 Dalton. (Quimica.es, s.f.)

Los receptores específicos de la oxitocina se encuentran en el miometrio y en las mamas, donde modifican el calcio intracelular disponible y así estimula actividad muscular. Durante el embarazo la oxitocinasa, producida por la placenta, aumenta de forma significativa la tasa de depuración metabólica de la oxitocina.

La actividad de la oxitocina en el miometrio se realiza por tres vías:

- Estimulando la liberación de calcio del retículo endoplásmico al unirse al receptor.
- Abriendo los canales de calcio regulados por receptores. Estos canales a diferencia de los regulados por diferencia de potencial, no se bloquean por la nifedipina.
- Al unirse a otro receptor específico, estimula la acción de la ciclo-oxigenasa II (COX-II) para producir prostaglandinas.

Farmacocinética

La oxitocina puede ser administrada tanto por vía parenteral como por vía mucosa. En el parto se emplea la vía intravenosa, con el fin de controlar adecuadamente las dosis y poder suprimir su administración en caso de aparición de efectos secundarios.

La oxitocina se transporta sin unirse a proteínas. La vida media farmacológica en plasma tras respuesta inicial es de 3-4' y se requiere de 20-30' para alcanzar una concentración estable, motivo por el que la dosis se puede aumentar tras este intervalo. Debe ser administrado de forma continua.

Mecanismo de acción

Los receptores de oxitocina son receptores acoplados a proteínas G. La activación de los receptores por la oxitocina provoca la liberación de calcio desde las reservas intracelulares y por lo tanto conduce a la contracción.

Manejo farmacológico

La conducción debe realizarse después de 6 horas de la última dosis de misoprostol cuando se alcanzó un score de Bishop favorable, y no cuenta con actividad uterina útil o de forma inicial si hay indicación de conducción en el contexto de hipo dinamia uterina. (MINSa, 2020)

DILUCIÓN: 5 UI de oxitocina en 500 ml de SSN 0.9% o Hartmann o 10 UI de Oxitocina en 1000 ml de SSN 0.9% o Hartman, o con lo que se pretende preparar una solución de 10 mUI/ml), se debe hacer cambio de solución cada 6 horas. Iniciar la administración con dosis mínima de 1 m UI por minuto, vía intravenosa, con aumento de la dosis en dependencia de la respuesta de la paciente a la infusión cada 30 minutos.

Si no se obtiene respuesta, se deberá incrementar la dosis cada 30 minutos, hasta alcanzar una dinámica uterina útil definida como 3 a 5 contracciones en 10 minutos

de 40-45 segundos de duración, garantizando la recuperación del tono uterino basal entre cada contracción (MINSA, 2020)

Es de importancia:

- No exceder las 30 mUI/min (Para fines de este protocolo este será la dosis máxima a alcanzar en los procesos de conducción).
- La frecuencia de monitoreo fetal y de tactos vaginales se hará cada 2 horas, con auscultación intermitente de frecuencia cardíaca fetal entre cada incremento de la velocidad de infusión.
- Se realizarán tactos vaginales cada 4 horas en pacientes con ruptura prematura de membranas, y cada 2 horas en pacientes con trabajo de parto en fase activa. En caso de existir signos de alarma, se realizará revaloración a lo inmediato.

6.2.5 Resultados Maternos

Vía de finalización

Uno de los posibles escenarios de una inducción de parto es el culminar en cesárea. La frecuencia de cesáreas en mujeres que fueron inducidas es muy dispar, observándose tasas en el rango de 18,5% a 84,6%, incluso en hospitales de una misma región. Lo que demostraría la importancia del manejo clínico para el éxito de las inducciones (Pareja Plata, 2022).

Según (Pérez Matos, 2015) definió el éxito en el inicio de parto como la finalización mediante parto vaginal en cualquier momento tras la inducción, mientras que el fracaso se definió como la finalización mediante cesárea por cualquier indicación.

Muchos estudios han reportado una asociación entre inducción del parto y cesárea sobre todo en mujeres nulíparas con condiciones cervicales desfavorables observándose un incremento en 2-3 veces en las tasas de cesáreas en este grupo cuando se compara con el inicio espontáneo del parto. (Pérez Matos , 2015)

Cesárea urgente: Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal). Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional). (Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona, 2020)

Cesárea emergente: Se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa con hemorragia que se comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en <15 minutos. (Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona, 2020)

Cesárea en curso de parto o de recurso: Se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (FASGO, 2023)

Indicaciones de cesárea.

Uno de los efectos maternos identificados claramente, son las cesáreas realizadas por inducción fallida, la cual se basa en la duración de la fase latente. Sin embargo, sigue faltando un estándar para la duración mínima que debe continuar la fase latente de una inducción del parto, en ausencia de indicaciones maternas o fetales agudas para el parto por cesárea. (García, 2019)

Algunas de las complicaciones más frecuentemente observadas con el uso de misoprostol son manifestaciones relacionadas con la hipercontractilidad uterina:

- Taquisistolia: Definida como la presencia de al menos 6 contracciones en 10 minutos, que se mantengan en 2 períodos de 10 minutos.
- Hipertonía: Definida como una contracción de 2 o más minutos de duración.
- Síndrome de hiperestimulación uterina: Definido como taquisistolia con la presencia de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.

Como consecuencia de la hipercontractilidad uterina pueden presentarse complicaciones maternas y fetales serias tales como:

- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Inminencia de rotura o rotura uterina, particularmente en casos con cicatriz uterina previa.
- Sufrimiento fetal agudo o estado fetal no satisfactorio. (FLASOG, 2013)

La indicación de cesárea de recurso suele ser la distocia de progresión del parto o dilatación, que se puede producir en diferentes fases del parto:

Trastornos de la fase latente: Dilatación < 4 cm.

Fracaso de inducción: La estimación global para el fracaso de la inducción con un cérvix desfavorable es del 15%. (Álvarez, y otros). Se considera cuando, tras 12 +/- 3h de inducción con oxitocina IV con DU adecuada (3-5 contracciones/ 10 minutos o 200-225UM en un período de 10 minutos) no se hayan alcanzado condiciones establecidas de trabajo de parto (dilatación cérvix ≥ 4 cm).

Tiempo de 48h para esperar la respuesta a la inducción del parto (6 dosis en total), de no encontrar adecuada evolución luego del esquema aplicado considerar fracaso terapéutico. (MINSa, 2020)

Maduración cervical fallida: Cuando el cérvix uterino sigue siendo desfavorable (Bishop <6) después de completar la pauta de maduración cervical. (Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona, 2023)

Trastornos de la dilatación: Dilataciones entre ≥ 4 cm y hasta 10 cm (Fase activa del parto).

Parto estacionado: Se considerará que el parto está estacionado cuando, una vez iniciada la fase activa de parto (dilatación cérvix ≥ 4 cm) y con DU adecuada presente, no se producen cambios en las condiciones obstétricas después de 4h en nulíparas y 3h en aquellas gestantes que hayan tenido uno o más partos por vía vaginal previos. (Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona, 2020)

Trastornos del período expulsivo: Una vez alcanzada la dilatación completa.

Desproporción pélvica fetal: Se diagnosticará cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa de parto y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un período de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia. Sin analgesia epidural: 2h en multíparas y 3h en primíparas. Con analgesia epidural 3h en multíparas y 4h en primíparas. (Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona, 2020)

Distocia de partes blandas del canal del parto: Son afecciones raras y casi siempre presentes cuando existe el antecedente de algún trastorno como desgarros previos, infecciones, estenosis u otra alteración que promueve fibrosis y falta de expansión de los tejidos. (Dueñas García & Beltrán Montoya , 2015)

Mujeres que son inducidas al trabajo de parto tienen un mayor riesgo de presentar hemorragia postparto, rotura uterina, hiperestimulación que resulta en sufrimiento fetal y lesiones perineales. (Seijmonsbergen-Schermer, Scherjon, & Jonge, 2019).

Trauma del canal de parto

Desgarro perineal

Pérdida de la solución de continuidad del tejido vulvo-vaginal producido por la salida del feto, pueden ser desgarros pequeños hasta mayores

Entre los factores de riesgo que incrementan la incidencia del desgarro del esfínter anal se han encontrado clásicamente: mujeres asiáticas, primíparas, la duración del periodo de expulsión > 1 hora, el parto instrumentalizado, presentación occipitoposterior del feto, episiotomía media, distocia de hombros, macrosomía fetal, la inducción del parto y la analgesia epidural. (López Pérez , y otros, 2018)

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más comunes generadas durante el cuidado del parto; se ha reportado que hasta el 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre 2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. (León Soto , 2021)

En un estudio realizado por López Briceño en Nicaragua evidenció que la tercera parte de las parturientas (33%) que acudieron al hospital Alemán Nicaragüense se les indicó evolución espontánea y a la mayoría se les indicó conducción (59%), el 8% dado que no tenían trabajo de parto se les indujo con misoprostol. En el 64% de

las mujeres la conducción se inició en la fase inicial del trabajo de parto (entre 4 a 6cm de dilatación), el 13% se inició en una fase avanzada, lo que puede conllevar a una respuesta rápida y una finalización del parto en un tiempo menor del necesario para la preparación del periné y por ende un mayor riesgo de desgarros sumando una mala técnica de protección del periné el riesgo de desgarros es aún mayor. (López Briceño, 2018)

TABLA 2

Clasificación de los desgarros perineales.

1° grado	Lesión de piel perineal.		
2° grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal.		
3° grado	Lesión del esfínter anal.	3a	Lesión del esfínter externo < 50% grosor
		3b	Lesión del esfínter externo >50% grosor
		3c	Lesión de esfínter externo e interno.
4° grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.		

Nota. Tomado de MINSA, 2022, *Protocolo para la atención de*

Fuente: (MINSA, 2022)

Hematomas paragenitales

Otra complicación menos frecuente del puerperio inmediato son los hematomas paragenitales. Generalmente se presenta en el parto vaginal, sin embargo, existe un pequeño porcentaje que se desarrolla en partos por cesárea. (Marín Bermeo & Ortiz Alvarez , 2021). Son los derrames sanguíneos que se producen en el espesor del tejido conectivo pericervical, perivaginal o perivulvar, sin rotura, por lo menos al comienzo de los planos superficiales. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005).

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta

Es la separación aguda parcial o completa de la placenta respecto a la pared uterina con sangrado activo (emergencia materno fetal), que sucede después de la semana 20 y antes del parto, provocando un 20% de la mortalidad fetal y hasta 1 % de mortalidad materna. (MINSA, 2022)

Ruptura uterina

Es la solución de continuidad de la pared uterina, a través de una ruptura durante el embarazo, el trabajo de parto o inmediatamente después del parto, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior (MINSA, 2022). La rotura uterina sin cicatriz previa es un evento raro 1/5.700-1/ 20.000 embarazos (Sociedad Española de ginecología y Obstetricia, 2013)

Hemorragia posparto (HPP):

Es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves, siendo la atonía uterina la causa más común de hemorragia posparto, el traumatismo genital (Laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar hemorragia posparto. (OMS, OPS, 2015)

En un estudio realizado en 2019 se encontró tras un análisis univariante que influyen en la hemorragia postparto la inducción del parto, los partos por cesáreas, los partos instrumentados (agrupando fórceps, espátulas y ventosa) y la episiotomía como factores de riesgo. Se demostró que la proporción de hemorragia posparto entre las mujeres con inducción al parto es significativamente mayor que entre las mujeres con partos espontáneos. (Sánchez Ortiz , López Pérez , Sánchez Muñoz , Gil Raga , & Aguilar Galán , 2019)

Consideramos hemorragia posparto cuando se cumple uno o más de los siguientes criterios:

1. Pérdida sanguínea mayor a 500ml si el parto es vía vaginal y 1000ml si es por vía cesárea.
2. Cualquier cantidad de pérdida sanguínea que cause inestabilidad hemodinámica.
3. Descenso sintomático del hematocrito mayor o igual al 10% del valor basal previo al parto o cesárea. (MINSa, 2022)

6.2.6 Resultados Fetales

Es importante una vigilancia prudente de la frecuencia cardiaca fetal y de la dinámica uterina durante la administración de Oxitocina y misoprostol en el trabajo de parto, ya que se pueden presentar complicaciones como: parto precipitado, rotura uterina, sufrimiento fetal agudo, prolapso de cordón umbilical, embolia de líquido amniótico, infección materna y/o neonatal, síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial, intoxicación hídrica, cefalohematoma, fractura de clavícula y caput succedaneum. (Guzman, 2018).

En un estudio realizado en Lima Perú sobre complicaciones materno-perinatales por el uso de misoprostol en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas se encontró que la frecuencia de complicaciones perinatales fue: síndrome de aspiración meconial (7.3%), depresión neonatal (1.1%) (Galan Fiestas , 2003)

Asfixia neonatal

Es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia perinatal puede ocurrir antes del nacimiento (20%), durante el trabajo de parto (70%) o en el período neonatal (10%). (MINSa, 2021)

Se experimenta una redistribución del gasto cardiaco neonatal, centrado el flujo a nivel cardíaco, cerebro y suprarrenales, disminuyendo la irrigación a otros órganos aumentando la vulnerabilidad, esto a consecuencia de:

1. Interrupción o disminución del flujo sanguíneo a nivel del cordón umbilical o placenta dado por síndromes de hiperestimulación por misoprostol, distocias funiculares, enfermedades sistémicas maternas.
2. Alteración del intercambio de oxígeno a través de la placenta secundario a: desprendimiento de placenta, insuficiencia placentaria, hipoxia materna, hipertensión arterial materna.
3. Inadecuada expansión pulmonar al nacer secundario a prematuridad, depresión por drogas, traumas durante el nacimiento. (Martínez Jiménez , 2018)

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Obstetras y ginecólogos (ACOG) propusieron que se defina asfixia cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Ph de arteria de cordón umbilical <7.0
- Apgar < 4 a los cinco minutos.
- Manifestaciones neurológicas anormales (convulsión, coma, hipotonía, etc.).
- Disfunción multiorgánica (alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicas, pulmonares, renales, etc.).

El síndrome de aspiración de meconio (SAM)

Se define como distrés respiratorio (DR) en un recién nacido a término o posttérmino con líquido amniótico teñido de meconio, sin otra posible causa de la dificultad respiratoria. La enfermedad se caracteriza por un inicio precoz de insuficiencia respiratoria en un neonato teñido de meconio, con distensibilidad pulmonar deficiente, hipoxia, hipercarbia y acidosis.

Constituye una de las complicaciones respiratorias más graves que afecta a los recién nacidos (RN) de término y posttérmino. Se produce a consecuencia del ingreso de meconio en la vía aérea, durante un episodio de asfixia perinatal, lo que ocasiona un cuadro de dificultad respiratoria en el neonato y aumento del riesgo de morbilidad neonatal. (Lagos & Homps, 2020)

El estrés hipóxico fetal estimula la actividad colónica y la relajación del esfínter anal lo que ocasiona la eliminación del tapón meconial. Este cuadro de asfixia estimula a su vez los movimientos de gasping o boqueadas fetales que resultan en la aspiración del LAM intrauterino o intraparto. (Lagos & Homps, 2020).

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)

Es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del RN pretérmino, cuya principal componente es la deficiencia cualitativa y cuantitativa de surfactante que causa deterioro progresivo pulmonar con atelectasia difusa e inadecuado intercambio gaseoso (UNAM, 2022).

Los factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante: Asfixia perinatal, cesáreas sin trabajo de parto y la no utilización antenatal de corticoides. (MINSA, 2021)

Trauma obstétrico

Desde el punto de vista fetal, existen aquellas lesiones producidas en el feto a consecuencia de las fuerzas mecánicas (Compresión, tracción) durante el trabajo de parto. Dichas lesiones no son siempre evitables y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo del parto. (FLASOG , 2020)

Un estudio realizado en España en el año 2022 sobre la incidencia de traumatismo obstétrico y factores de riesgo asociado se concluyó que el 63.2% de los traumatismos obstétricos fueron partos inducidos. Del 100% de los traumatismos obstétricos, el 88.3% de los partos fue vía vaginal y el 11.7% finalizó en cesárea. (Castellano Caballero, 2022)

El 2% de la mortalidad neonatal se produce en recién nacidos con traumatismo obstétricos severos. Las lesiones se clasifican de acuerdo a los órganos afectados como lesiones cutáneas, lesiones nerviosas, fracturas, lesiones intrabdominales (FLASOG , 2020)

Muerte neonatal

Hace referencia a los nacidos vivos que fallecen durante los primeros 28 días de vida. El 75% de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24h de vida, principalmente a causa de procesos infecciosos, Prematurez y asfixia al nacer. (Cuevas Ortiz , 2022)

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Enfoque y Tipo de Estudio.

El presente estudio tiene enfoque cuantitativo, de tipo observacional, subtipo descriptivo, cuyo nombre común es un estudio de morbilidad siendo de carácter: observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

7.2 Población y Selección de la Muestra

Población: La población diana estuvo constituida por todas las pacientes embarazadas a término que fueron atendidas en el Hospital Privado Salud Integral durante el período 1ro de enero al 31 de julio 2023 las cuales fueron sometidas a inducto conducción del trabajo del parto para un total de 139 pacientes.

Muestra: El tipo de muestreo es probabilístico aleatorio simple, garantizando que todos los pacientes tuvieran la misma oportunidad de ser incluidas en la muestra, para un total de 139 pacientes en el período 1ro de enero al 31 de julio del año 2023 que fueron sometidas a inducto conducción.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con embarazo a término.
- Pacientes que fueron atendidas en el Hospital Privado Salud Integral sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el periodo de estudio.
- Disponibilidad de la utilización de los expedientes clínicos.
- Pacientes con expediente clínico completo.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no fueron atendidas en el Hospital Privado Salud Integral sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el periodo de estudio.
- Pacientes con expediente clínico incompleto.
- Embarazos pretérminos.
- Pacientes que se trasladaron a otra unidad de salud.
- Pérdida de la información.

7.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Técnica

Se implementó la observación directa cuantitativa, no participante.

La técnica utilizada en la investigación fue la encuesta a través de un cuestionario de recolección de datos, que contendrá las variables codificadas para dar respuestas a los objetivos del estudio.

Fuentes de información

Fuentes primarias: Expedientes de madres e hijos que cumplieron con los criterios de inclusión en el Hospital Privado Salud integral, en el periodo 1ero de enero-31 de julio del año 2023.

Fuentes secundarias: Se consultaron fuentes a través de internet relacionados con el tema de investigación, tales como repositorio de UNAN – Managua, Universidades de Colombia y otras universidades.

Fuentes terciarias: Se obtuvieron datos provenientes de fuentes virtuales destinados al almacenamiento de fuentes secundarias tales como: el repositorio de la UNAN Managua, Elsevier, SciELO, entre otros.

7.4 Confiabilidad y Validez de los Resultados

Confiabilidad del instrumento: Para el presente estudio se utilizó el procedimiento de medida de estabilidad (test-retest) que implicó la aplicación del instrumento en 2 ocasiones distintas al mismo grupo de pacientes, a través de la realización de un pilotaje insitu por los investigadores obteniendo resultados similares en ambas ocasiones.

Validez

La validez de apariencia/interna: Se garantizo por medio de la revisión del expediente clínico de las pacientes y uso de la ficha de recolección de datos por los autores. El instrumento de recolección fue estructurado y adaptado por los investigadores, enriqueciéndose con las sugerencias de los tutores científicos y metodológicos, especialista en sus áreas.

La validez externa: Se obtuvo mediante el abordaje de todos los expedientes clínicos de pacientes que incluían la muestra no probabilística obtenida conforme al cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos en el diseño metodológico.

Control de Sesgos

Sesgo o falacia ecológica (correlación) y control del fenómeno de confusión: A través de la selección de pacientes y expedientes por los investigadores. Todos los criterios clínicos de pacientes analizados en la investigación cumplieron con los criterios de inclusión.

Sesgo de selección: A través de la implementación de criterios de inclusión y exclusión específicos de la población evaluada estudiada por los investigadores.

Sesgo de Medición: Mediante la búsqueda de la información por parte de los investigadores en los expedientes clínicos de pacientes seleccionados.

Sesgo de Información: Se elaboró un protocolo preciso para la recolección de datos, definición de las variables, codificación de datos, previo procesamiento en SPSS 25.

7.5 Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos recolectados en el instrumento fueron revisados y luego capturados en una base de datos elaborada en el sistema SPSS, versión 25 y procesados por el mismo, así como el programa de Microsoft Excel ® y Microsoft Word ®. Los resultados se presentaron usando medidas de frecuencia simple detallados en tablas y gráficos especialmente diseñados para tal fin.

Plan de análisis

Los cruces de variables efectuados en el presente estudio se detallan a continuación.

1. Indicaciones de inducto conducción/ Vía de finalización.
2. Longitud cervical/ Vía de finalización.
3. Dosis de misoprostol / Vía de finalización.
4. Dosis de misoprostol / Atonía uterina.
5. Dosis de misoprostol / Asfixia neonatal.

8. RESULTADOS

Se presentan los resultados maternos y fetales en embarazos a términos sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral, en el período del 1ro. de enero- 31 de Julio 2023. La descripción se realizará por objetivos específicos en base a un total de 139 pacientes.

Objetivo 1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y obstétricas.

En cuanto a la edad, se observó que, 19 pacientes (13.7%) estaban comprendida en el grupo etario de menores o igual a 19 años (IC: 6.5-20.4); 104 pacientes (74.8%) en el grupo etario entre 20-34 años (IC: 68.3-84.2) y 16 pacientes (11.5%) en el grupo mayor o igual a 35 años (IC: 6.5-16.9). (Ver tabla B1) y (Figura 1).

En relación al índice de masa corporal, 20 pacientes (14.4%) eran normopeso (IC: 7.9-20.9), 45 pacientes (32.4%) sobrepeso (IC: 24.5-40.3), 41 pacientes (29.5%) obesidad grado I (IC: 20.9-37.4), 27 pacientes (19.4%) obesidad grado II (IC: 12.9-26.6), 6 pacientes (4.3%) obesidad grado III (IC: 1.4-7.9). (Ver tabla B2 y Figura 2)

Con la escolaridad, se observó que, 1 paciente (0.7%) no presentó datos (IC:0-2.9), 8 pacientes (5.8%) primaria (IC: 2.9-9.4), 44 pacientes (31.7%) secundaria (IC: 24.1-39.9), 59 pacientes (42.4%) universitarias (IC: 33.5-50.3) y 27 pacientes (19.4%) otros estudios (IC:14.1-26.6) (Ver tabla B3) y (Figura 3).

En el estado civil, se observó que 71 pacientes (51.1%) eran casadas (IC: 42.8-59.0), 14 pacientes (10.1%) solteras (IC: 5.0-16.2) y 54 pacientes (38.8%) unión libre IC: 30.9-48.2) (Ver tabla B4) y (Figura 4).

Con respecto a las gestas, se encontró que 84 pacientes (60.4%) eran primigestas (IC: 52.5-69.1), 33 pacientes (23.7%) bigestas (IC: 16.2-31.3), pacientes (9.4%) trigestas (IC: 4.0-14.7) y 9 pacientes (6.5%) multigestas (IC: 2.2-10.8) (Ver tabla B5) y (Figura 5).

Con el período intergenésico, se observó que 7 pacientes (5.0%) tenían menor o igual de 18 meses (IC:1.4-9.0); 47 pacientes (33.8%) mayor de 18 meses (IC:25.6-42.8); y 85 pacientes (61.2%) no aplicaban (IC:50.4-69.4) (Ver tabla B6) y (Figura 6).

En cuanto a la paridad, se encontró que 100 pacientes (71.9%) eran nulíparas (IC: 63.7-79.9) y 39 pacientes (28.1%) múltiparas (IC: 20.1-36.3). (Ver tabla B7) y (Figura 7).

Objetivo 2. Mencionar las indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto en las pacientes del estudio.

Con respecto a las indicaciones de inducto conducción, se observó que 60 pacientes (43.2%) fueron por embarazo de 40 semanas de gestación (IC: 33.8-52.5), 2 pacientes (1.4%) RPM al término (IC: 0-4.3), 10 pacientes (7.2%) enfermedad hipertensiva del embarazo (IC: 2.9-11.5), 3 pacientes (2.2%)

hipertensión arterial crónica (IC: 0-4.3), 22 pacientes (15.8%) diabetes (IC: 10.1-21.6), 8 pacientes (5.8%) oligoamnios (IC: 1.8-10.9) y 34 pacientes (24.5%) otras indicaciones (IC: 17.6-32.7) (Ver tabla B8) y (Figura 8).

Objetivo 3. Conocer el abordaje obstétrico en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

La medida de la longitud cervical previa a la inducción se encontró que 27 pacientes (19.4%) tenían longitud cervical menor o igual de 20mm (IC: 11.5-26.6), 69 pacientes (49.6%) longitud cervical mayor de 20 mm (IC: 39.9-59.3) y 43 pacientes (30.9%) no se realizaron longitud cervical (IC: 24.5-39.6) (Ver tabla B9) y (Figura 9).

En relación al ultrasonido realizado 1 semana previa se observó que 117 pacientes (84.2%) tuvieron ultrasonido reciente (IC: 77.0-89.2) y 22 pacientes (15.8%) pacientes no tuvieron ultrasonido reciente (IC: 10.8-23.0) (Ver tabla B10) y (Figura 10)

La escala de Bishop, se encontró que 108 pacientes (77.7%) tuvieron una escala de Bishop menor o igual a 6 puntos (IC: 70.2-84.9) y 31 pacientes (22.3%) una escala de Bishop mayor de 6 puntos (IC: 15.1-29.8) (Ver tabla B11) y (Figura 11).

Con la dosis de misoprostol, se encontró que 81 pacientes (58.3%) recibieron menor o igual a tres dosis de misoprostol (IC: 48.3-66.5), 27 pacientes (19.4%) mayor a tres dosis de misoprostol (IC:13.3-26.2) y 31pacientes (22.3%) no recibieron dosis de misoprostol (IC: 15.5-30.9) (Ver tabla B12) y (Figura 13).

En cuanto a la realización de conducción del parto, se encontró que 53 pacientes (38.1%) recibieron conducción del parto (IC: 29.5-46.) y 86 pacientes (61.9%) no recibieron conducción del parto (IC: 54.0-70.5) (Ver tabla B13) (Figura 13).

El intervalo de tiempo entre dosis de misoprostol y oxitocina, se encontró que 1 paciente (0.7%) recibió oxitocina tras misoprostol en un intervalo menor o igual a 6 horas (IC: 0-2.9), 21 pacientes (15.1%) recibieron oxitocina tras misoprostol en un intervalo mayor a 6 horas (IC: 8.6-20.1) y 117 pacientes (84.2%) no recibieron oxitocina tras misoprostol (IC: 78.4-91.4) (Ver tabla B14) y (Figura 14).

Objetivo 4. Detallar los resultados maternos en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

La vía de finalización del embarazo, se encontró que 63 pacientes (45.3%) tuvieron parto vía vaginal (IC: 35.6-56.1) y 76 pacientes (54.7%) cesárea (IC: 43.9-64.4) (Ver tabla B15) y (Figura 15).

Dentro de las indicaciones de cesárea, se encontró que 23 pacientes (30.3%) fueron indicadas por distocia cervical, 16 pacientes (21.1%) fue por riesgo de pérdida del bienestar fetal, 14 pacientes (18.4%) por polisitolia, 10 pacientes (13.2%) por inducción fallida, 6 pacientes (7.9%) por trabajo de parto detenido y 7 pacientes (9.2%) fueron por otras indicaciones (Ver tabla B16) y (Figura 16)

Con respecto a la atonía uterina, se encontró que 16 pacientes (11.5%) presentaron atonía uterina (IC: 7.2-18.3) y 123 pacientes (88.5%) no presentaron atonía uterina (IC: 81.7-92.8) (Ver tabla B17) y (Figura 17).

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se encontró que 139 pacientes (100%) no presentaron desprendimiento prematuro de placenta (Ver tabla 18) y (Figura 18).

En cuanto a la ruptura uterina se encontró que 139 pacientes (100%) no presentaron ruptura uterina (Ver tabla B19) y (Figura 19).

En relación al desgarro perineal, se encontró que 126 pacientes (90.6%) no presentaron desgarro (IC: 85.6-94.2), 11 pacientes (7.9%) desgarro de primer grado (IC: 5.0-12.2), 2 pacientes (1.4%) desgarro de segundo grado (IC: 0-3.6), y no se presentó desgarro de tercer grado y cuarto grado (Ver tabla B20) y (Figura 20).

Ninguno de los 139 pacientes presentó hematomas para genital, se encontró que 139 pacientes (100%) no presentaron hematomas paragenitales (Ver tabla B21) y (Figura 21).

La hemorragia posparto, se observó que 6 pacientes (4.3%) presentaron hemorragia posparto (IC: 0.7-8.6) y 133 pacientes (95.7%) no presentaron hemorragia posparto (IC: 91.4-99.3) (Ver tabla B22) y (Figura 22).

Objetivo 5. Identificar los resultados fetales en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

Con respecto a la asfixia, se encontró que 3 recién nacidos (2.2%) presentaron asfixia (IC: 0-4.7) y 136 recién nacidos (97.8%) no presentaron asfixia (IC: 95.3-100) (Ver tabla B23) y (Figura 23).

El trauma obstétrico, se observó que 48 recién nacidos (34.5%) presentaron trauma obstétrico (IC: 27.7-42.4) y 91 recién nacidos (65.5%) no presentaron trauma obstétrico (IC: 57.6-72.3) (Ver tabla B24) y (Figura 24).

En relación con el peso al nacer, se encontró que 139 recién nacidos (100%) tuvieron adecuado peso (Ver tabla B25) y (Figura 25).

Con el síndrome de aspiración de meconio, se encontró que 139 recién nacidos (100%) no presentaron síndrome de aspiración de meconio (Ver tabla B26) y (Figura 26).

En relación a la depresión respiratoria en el recién nacido, se encontró que 139 recién nacidos (100%) no presentaron depresión respiratoria (Ver tabla B27) y (Figura 27).

Ninguno de los 139 recién nacidos fue ingresado a Unidad de Cuidados Intensivos (Ver tabla B28) y (Figura 28).

De los 139 recién nacidos no tuvieron muerte neonatal (100%) (Ver tabla B29) y (Figura 29)

Indicaciones de inducto conducción / Resultados maternos.

Los resultados maternos con respecto a la vía de finalización reportan que las pacientes que tuvieron parto vaginal en el 13.7% tenían indicación por embarazo de 40 semanas de gestación, el 7.2% presentaban diabetes, el 2.9% oligoamnios, el 0.7% ruptura prematura de membranas al término, el 0.7% presentaban enfermedad hipertensiva del embarazo, ninguna tenía hipertensión arterial crónica y el 20.1% pertenecían a la categoría de otras indicaciones de inducto conducción. De las pacientes que tuvieron parto por cesárea el 29.5% tenían indicación de embarazo de 40 semanas de gestación, el 8.6% presentaban diabetes, el 6.5% presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo, el 2.9% presentaron oligoamnios, el 2.2% fueron indicadas por hipertensión arterial crónica, el 0.7% por ruptura prematura de membranas al término y el 4.3% pertenecían a la categoría de otras indicaciones de inducto conducción. (Ver tabla 30) y (Figura 30).

Abordaje obstétrico/ Resultados maternos.

Dentro de los resultados maternos, con respecto a la vía de finalización encontramos que las pacientes que tuvieron parto vaginal el 16.5% presentaban longitud cervical mayor de 20 mm, el 12.2% tenían longitud cervical menor o igual a 20mm y el 16.5% no se realizaron longitud cervical. Las pacientes que tuvieron un parto vía cesárea se encontraron que el 33.1% presentaban una longitud cervical mayor de 20 mm, el 19.4% presentaban longitud cervical menor o igual a 20 mm y el 30.9% no se realizaron longitud cervical (Ver tabla 31) y (Figura 31).

Dentro de los resultados maternos con respecto a la vía de finalización y dosis de misoprostol encontramos que las pacientes que tuvieron un parto vaginal el 22.3% recibieron menos o tres dosis de misoprostol, el 3.6% recibieron más de 3 dosis de misoprostol y el 19.4% no recibieron misoprostol y fueron solamente conducidas. Las pacientes que tuvieron parto vía cesárea encontramos que el 36% recibieron menos o igual a tres dosis, el 15.8% recibieron más de 3 dosis de misoprostol y el 2.9% no recibieron dosis de misoprostol y fueron solamente conducidas (Ver tabla 31) y (Figura 32).

Dentro del abordaje obstétrico, con respecto a la dosis de misoprostol encontramos que las pacientes que recibieron menos o igual a tres dosis el 4.3% presentó atonía uterina y el 54% no, de las pacientes que recibieron más de tres dosis de misoprostol el 4.3% presentó atonía uterina en cambio el 15.1% no presentaron y aquellas pacientes que no recibieron misoprostol y solamente fueron conducidas el 2.9% presentó atonía uterina y el 19.4% no presentó atonía uterina. (Ver tabla 31) y (Figura 33).

Abordaje obstétrico / Resultados neonatales.

Dentro de los resultados neonatales, con respecto a la presencia de Asfixia encontramos que el 100% se presentó en aquellas pacientes que recibieron más de 3 dosis de misoprostol (Ver tabla 32) y (Figura 34).

Análisis de los resultados

Se presenta el análisis de los resultados del estudio “Resultados maternos y fetales en embarazos a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral de Managua, Nicaragua en el periodo de 1ro de enero al 31 Julio del año 2023”. Se realizará por objetivos específicos, en base a una totalidad de 139 pacientes.

Objetivo 1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y obstétricas.

Con respecto a la edad, al momento de realizarse el procedimiento, el 74.8% de las pacientes estaban en el grupo etario de 20-34 años. Lo anterior se relaciona con lo descrito por (Velasquez Chavarria , 2021) y (Vela González & Sobalvarro Díaz , 2021) quienes en sus estudio señalaron que la edad más frecuente para inducto conducción corresponde al grupo etario entre 20-35 años, también coincidimos con la literatura de los autores (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005) quienes señalan que el grupo etario de menor riesgo perinatal está ubicado entre los 20 y 30 años. Esto se debe a que se considera que este grupo etario es óptimo para concebir un embarazo ya que existe menor riesgo perinatal y de presentar comorbilidades maternas.

El índice de masa corporal, se encontró que solo el 14.4% de las pacientes presentaban normopeso y el 85.6% de las pacientes se encuentran en obesidad en cada una de sus clasificaciones. Lo que corresponde con lo señalado por (Cartagena Ayala , 2019) que las pacientes que son sometidas a inducto conducción, frecuentemente se encuentran en sobrepeso, seguidas de obesidad grado I y II. (Zuheros Montes, y otros, 2017) señalaron en su estudio que la relación entre sobrepeso, obesidad y el aumento de la tasa de cesáreas en las pacientes inducidas se ha evidenciado de manera clara, se relaciona a nuestro estudio ya que la mayor prevalencia de vía finalización fueron por cesárea. Por lo que debemos hacer hincapié en los programas preventivos de reducción del peso, en muchos casos antes de la concepción o durante el embarazo en las consultas prenatales.

Con respecto a la escolaridad, se encontró que el 42.4% de las pacientes eran universitarias. Esto se contrapone con lo descrito por (Rivas Baiza & Sandoval Albanez , 2019) quienes en su estudio la mayoría de pacientes el mayor nivel alcanzado fue secundaria, esto sugiere que la población en estudio, se encuentre más informada acerca de los riesgos o cuidados que conlleva un embarazo en nuestro país.

Referente al estado civil, se encontró que la mayoría de las pacientes embarazadas eran casadas en el 51.1% seguido de unión libre. Esto difiere con el estudio presentado por (Vela González & Sobalvarro Díaz , 2021) quienes en su estudio se observó que la mayoría de las pacientes era de unión libre, seguido de casadas y solteras.

En cuanto a gestas, se encontró que la mayoría de las pacientes eran primigestas con un 61.2%. Encontrando relación con el estudio proporcionado por (Rivas Baiza & Sandoval Albanez , 2019) en el Salvador, así como a nivel nacional por (De

la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016) y (Velasquez Chavarria , 2021) quienes señalan que la gesta más frecuente son las primigestas.

Acerca del periodo intergenésico, la mayor frecuencia de las embarazadas se encontró que no tenían un período intergenésico debido a que estas pertenecen al grupo de madres primerizas, sin embargo, le sigue un periodo intergenésico mayor a 18 meses con el 33.8% que según el artículo de revista publicada por los autores (Zavala García , Ortiz Reyes , Salomon Kuri , Padilla Amigo , & Preciado Ruiz , 2018), los efectos obstétricos disminuyen con un período intergenésico entre los 18-24 meses.

En lo que concierne a la paridad, se encontró que la mayoría de las pacientes eran nulíparas con el 71.9%, donde esto se corresponde con lo descrito por (Laughon, y otros, 2012) quienes en su estudio señalaron que la paridad más frecuente fueron las embarazadas nulíparas.

Objetivo 2. Mencionar las indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto en las pacientes en estudio.

(Velásquez Rocha , 2019) en su estudio señalaron que la indicación de inducto conducción más frecuente fue por las pacientes embarazadas a término, se relaciona con nuestro estudio ya que la mayor frecuencia de indicación fue por embarazo de 40 semanas de gestación (43.2%). Lo que indica que la mayoría de las pacientes eran pacientes sanas y el 25.2% se indicó por patologías distribuidas como oligoamnios, hipertensión crónica, enfermedad hipertensiva en el embarazo y diabetes en sus diferentes categorías.

Objetivo 3. Conocer el abordaje obstétrico en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

Con respecto a longitud cervical la mayoría de las pacientes antes de ser inducidas presentaron una longitud cervical mayor de 20mm con el 49.6%, relacionándose con lo descrito por (Hasbon Carreño & Monsalve Pinto, 2012) quienes en estudio la mayoría de las pacientes tenían una longitud cervical mayor de 20 mm tuvieron con 1.57 veces parto por cesárea. Esto explica que entre mayor sea la longitud cervical previa a la inducto conducción, las condiciones del cérvix son menos desfavorables para un parto por vía vaginal.

El ultrasonido reciente (1semana previa) se encontró que a la mayoría de las pacientes se hizo ultrasonido previo a inducción con el 84.2%. Aunque no hay estudios relacionados a inducto conducción al trabajo de parto podemos hacer énfasis el cumplimiento del mismo según la normativa de nuestro país (MINSA, 2020).

En cuanto al Score de Bishop se encontró, que la mayoría de las pacientes al momento del ingreso tuvieron un puntaje menor o igual a 6 con el 77.7%. Esto no se relaciona con lo descrito por (Guzman, 2018) quien en su estudio el mayor puntaje encontrado fue mayor a 6 puntos con el 61.2%. Significa que las condiciones del cérvix son desfavorables para conducción del trabajo de parto. Podemos asociar

que aquellas pacientes primigestas, con longitud cervical mayor a 20 mm y nulíparas tienen un mayor riesgo de presentar un parto por vía abdominal.

Con respecto a dosis de misoprostol se encontró que la mayoría de las pacientes recibieron menor o igual a 3 dosis con el 58.3%. Se relaciona con lo descrito por (Suarez, Madriz, & Paladino, 2019) quienes en su estudio señalaron que el mayor porcentaje de dosis administradas fueron entre una a tres dosis. Considerando que una utilización menor o igual a 3 dosis es ineficaz, esto podría ser un factor decisivo ya que la presentación actual no permite ser fraccionada de manera uniforme para crear condiciones cervicales favorables que nos permita obtener como resultado un parto viable.

El intervalo de tiempo de misoprostol a oxitocina se encontró que el 84.2% no hubo traslape entre los fármacos, el 15.1% el tiempo fue mayor a 6 horas y solo 0.7% (1 caso) fue menor o igual a 6 horas. Aunque no hay estudios relacionados al intervalo de tiempo entre un fármaco a otro podemos hacer énfasis el cumplimiento del mismo según la normativa de nuestro país (MINSA, 2020). Sin embargo, podemos constatar que las pacientes que se les administró misoprostol el 15.8% requirieron conducción del parto con oxitocina, el cual se contrapone con el estudio realizado por (Cartagena Ayala , 2019) quien observó que posterior a la inducción del trabajo de parto con misoprostol, el 55% de las pacientes recibieron conducción con oxitocina.

La conducción del trabajo de parto se encontró que el 62.6% de las pacientes no requirieron el uso de oxitocina y el 37.4% requirieron conducción al trabajo de parto. No se relaciona con lo descrito por (Peréz Matos, 2015) quienes en su estudio señalaron que el 80% de las pacientes para inducción al parto requirieron el uso de oxitocina. Dado que en el momento del ingreso la mayoría de las pacientes no tenían las condiciones del cérvix favorable a conducción del parto.

Objetivo 4. Detallar los resultados maternos en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

En cuanto a la vía de finalización del embarazo la mayoría de los casos fue por vía cesárea en un 54.7%. Esto no se relaciona con lo descrito por (Guzman, 2018), (Larios Zamora , 2019) y (Velásquez Rocha , 2019) quienes en sus estudio demostraron que la vía de finalización mayormente fue la vía vaginal. Podemos apreciar que este resultado materno no es satisfactorio en las embarazadas sometidas a inducto conducción, por el hecho que la mayor frecuencia de las pacientes fueron primigestas, nulíparas y con cérvix desfavorable debido a la poca respuesta de las dosis de misoprostol administrada. (Pareja Plata, 2022) refieren que las tasas de cesáreas se encuentran en los rango de 18.5% a 84.6% en las pacientes que son inducias.

Con respecto a las indicaciones de cesárea se encontró que las más frecuente fue la distocia cervical (30.3%). Esto no se relación con lo descrito por (Larios Zamora , 2019), quien en su estudio la principal indicación de cesárea fue inducción fallida (58%). Esto indica que no hubo respuesta significativa a la dosis administrada de

misoprostol en las pacientes, resultado no satisfactorio en cuanto a efectividad del fármaco.

En cuanto a la atonía uterina no se presentó en el 88.5% y ocurrió en el 11.5% de las pacientes. Esto se relaciona con el estudio de (Cartagena Ayala , 2019) quienes en su estudio señalaron que la mayoría de las pacientes no presentaron atonía y solo el 8.2% (16 pacientes) la presentaron así como por (López Fuentes , 2021) donde se presentó solo en el 7.3%.

En cuanto a desprendimiento de placenta normoinserta el 100% de las pacientes no la presentaron. Esto no se relaciona con el estudio de (López Fuentes , 2021) en el cual se presentó en un 7.3% de las pacientes, pero tiene concordancia con el estudio (De la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016) en el cual el 99% de las pacientes no presentaron desprendimiento de placenta normoinserta como en nuestro estudio.

Ninguna de las pacientes presentó como complicación ruptura uterina. Esto se relaciona con (De la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016) quienes en su estudio se evidenció que dentro de las complicaciones maternas no se presentó ruptura uterina.

Con los desgarros perineales, el 90.6% no presentaron esta complicación de desgarros; el 7.9% desgarros de primer grado y el 1.4% de segundo grado. Esto se relaciona con los estudios de (Guzman, 2018) donde el 68.8%, (De la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016) en el 86% y (Cartagena Ayala , 2019) con el 95.9% de las pacientes no presentaron desgarros perineales. Esto se debe a la buena técnica de protección del periné al momento del expulsivo.

En cuanto a hematomas paragenitales el 100% de las pacientes no presentaron dicha complicación. Esto concuerda con lo dicho por (Marín Bermeo & Ortiz Alvarez , 2021) quienes refieren que los hematomas paragenitales son una de las complicaciones del puerperio menos frecuentes.

En cuanto a hemorragia posparto el 95.7% no la presentaron y solo el 4.3% tuvieron hemorragia posparto. Esto se relaciona con (Guzman, 2018) que en su estudio observó que 98.1% no presentaron hemorragia posparto y solo el 1.9% presentaron dicha complicación, sin embargo esto difiere en los estudios realizados por (López Fuentes , 2021) y (De la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016) ya que la tasa de porcentaje de hemorragia posparto fue mayor en un 14.5% y 16%.

Objetivo 5. Identificar los resultados fetales en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

En relación a las asfixias en los recién nacidos se encontró que solo el 2.2% la presentó asfixia neonatal. Esto se relaciona con (Palma Rodríguez , 2022) quien en su estudio dentro de los resultados fetales encontró que solo el 3.92% presentó asfixia neonatal.

En relación al trauma obstétrico en nuestro estudio el 34.5% presentó trauma. En el estudio de (Castellano Caballero, 2022) refieren que el 63.2% de los inducto

conducidos presentaron trauma obstétrico, lo cual no concuerda con nuestro estudio ya que los porcentajes son menores.

En relación al peso al nacimiento encontramos que el 100% obtuvo un peso adecuado al nacer. Esto se relaciona con el estudio de (Zelaya Rodríguez & Reyes Sánchez , 2016) donde encontraron que el 95% de los recién nacidos obtuvieron un peso adecuado, en este estudio solo el 5% presentó un peso por debajo de 2500gr.

Con respecto al síndrome de aspiración de meconio el 100% de los recién nacidos no presentaron dicha complicación. Esto no se relaciona con (Cartagena Ayala , 2019) donde se presentó en menor proporción (29.2%) síndrome de aspiración de meconio, sin embargo, en el estudio realizado por (Palma Rodríguez , 2022) no se encontró ningún caso de síndrome de aspiración meconial concordando con nuestro estudio.

Ninguno de los recién nacidos presentó depresión respiratoria el 100% de los recién nacidos no presentó dificultad respiratoria. Esto se relaciona en el estudio de (Cartagena Ayala , 2019) en donde la mayoría de los recién nacidos (83.59%) no presentó distrés respiratorio.

No se reportó ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatal. Esto no se relaciona con el estudio de (Guzman, 2018) donde se reportó que el 6% fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatal.

No se produjo muerte neonatal en ninguno de los recién nacidos. Lo cual concuerda Esto tiene concordancia con los estudios de (Pérez Matos, 2015) y (Palma Rodríguez , 2022) en el cual en ninguno se registró ningún caso de muerte neonatal.

9. CONCLUSIONES

Dentro de la población de estudio, predominaron las pacientes jóvenes primigestas, con estudios universitarios, casadas y con sobrepeso, siendo la principal indicación de inducto de conducción las embarazadas con 40 semanas de gestación.

Observamos que las pacientes a quienes se realizaron longitud cervical esta medida fueron mayores de 20 mm y a la mayoría se les realizó ultrasonido obstétrico con una semana previa a la inducto conducción, siendo ingresadas con un score de Bishop menor o igual a 6 que requieren uso de misoprostol cumpliendo el mayor porcentaje dosis menor o igual a tres en donde la mayoría no requirió conducción al trabajo de parto.

En la población estudiada se observó que la vía de finalización por cesárea fue del 55% siendo su principal indicación por distocia cervical.

Encontramos que la inducto conducción en las pacientes estudiadas representa un riesgo mínimo para complicaciones tanto maternas como fetales, debido a que la minoría de las pacientes presentaron alguna complicación. Los recién nacidos tuvieron un peso adecuado y en menor proporción se encontró que presentaron trauma obstétrico en comparación a otros estudios, así como asfixia, que no requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales y sin muertes fetales.

La hipótesis concluyente es que nuestras pacientes no tuvieron resultados satisfactorios en cuanto a la vía de finalización ya que el 55% de las pacientes terminaron en cesáreas y el objetivo fundamental de la inducto conducción es finalizar el embarazo por vía vaginal.

10. RECOMENDACIONES

En base a los resultados, el análisis de los mismos y las conclusiones obtenidas durante la realización del presente estudio; surgen las siguientes recomendaciones:

Al ministerio de Salud

Actualizar de forma periódica las normativas realizadas de inducto conducción para mejorar la calidad de atención a estas pacientes.

Autorizar las diferentes presentaciones de los fármacos utilizados para inducción al trabajo de parto con el objetivo de administrarlos con exactitud en beneficio a la calidad de atención a nuestras pacientes.

Al Hospital Privado Salud integral

Al personal de salud que atiende a estas pacientes, apegarse estrictamente al cumplimiento del protocolo de inducto conducción para obtener resultados satisfactorios tanto maternos como fetales.

Realizar supervisión del cumplimiento de la normativa 156 de inducto conducción establecida por el ministerio de salud.

Al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Privado Salud integral

Registrar en el expediente clínico la información necesaria para una buena documentación para contribuir a la recolección y análisis de datos estadísticos en estudios a futuro.

A lo médicos internos y/o estudiantes de medicina

Realizar una adecuada historia clínica, y un interrogatorio más detallado, sin omitir ningún acápite de la misma para conocer más sobre los antecedentes obstétricos.

Mayor vigilancia en cuanto a dinámica uterina y notas elaboradas bajo supervisión establecidas por los especialistas.

A universidad de Ciencias Medicas

Incentivar a los estudiantes de medicina a que realicen estudios analíticos sobre el tema de inducto conducción, por ser uno de los procedimientos más efectuados por el servicio de obstetricia.

11. REFERENCIAS

- Álvarez , C., Borbonet , D., Borda , K., Boggia , B., Bottaro , S., Chiribao , F., . . . Villalba , V. (s.f.). *Protocolos clínicos en la Maternidad*. Obtenido de [file:///C:/Users/Maria%20Malia/Downloads/PROTOCOLOS CLINICOS EN LA MATERNIDAD- TOMO 1.pdf](file:///C:/Users/Maria%20Malia/Downloads/PROTOCOLOS_CLINICOS_EN_LA_MATERNIDAD- TOMO 1.pdf)
- Aragon Hernandez, J., & Otros. (2017). *Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso*. Mexico: Ginecología y Obstetricia de Mexico. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314&lng=es&tlng=es.
- Cartagena Ayala , C. (2019). *Caracterización clínica y resultados perinatales de pacientes primigestas con embarazo a término manejadas con misoprostol como inductor del trabajo de parto en el Hospital Nacional de la Mujer, en el año 2018*. San Salvador. Obtenido de <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/446e222e-a541-41c5-bdfd-8d58d6872404/content>
- Carvajal C. , J. A., & Ralph T, C. (2018). *Manual de Obstetricia y Ginecología* .
- Castellano Caballero , G. (2022). *Incidencia de traumatismo obstétrico y factores de riesgo asociados en el Hospital Materno Infantil de Canarias* . Canarias, España .
- Ortiz , E. L. (2022). *Protocolo de vigilancia y mortalidad perinatal y neonatal tardía*. Bogotá, Colombia.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2019). *Williams Obstetricia, 25e* (25 ed.). Mc Graw Hill Education. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739§ionid=228704755>
- De la Vega Vasconcelos , Á. M., & Sarantes López , M. N. (2016). *Complicaciones materno-fetales asociadas al uso de Misoprostol para inducción de trabajo de parto en embarazos a término, en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el I trimestre del año 2015*. Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/1453/13/1453.pdf>
- DeCherney A.H., & N. (2014). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 11e*. México, D.F.: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Donoso, E., & Otros. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Medica de Chile*, 7. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>

- Dueñas García , O. F., & Beltrán Montoya , J. J. (2015). *Manual de obstetricia y procedimientos médicos quirúrgicos*. . Mc Graw Hill Education .
- FASGO. (Noviembre de 2023). *Aplicación del modelo de clasificación de Robson en la práctica de la operación cesárea*. Obtenido de <https://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/124-revista-fasgo/n-11-2021/2484-aplicacion-del-modelo-de-clasificacion-de-robson-en-la-practica-de-la-operacion-cesarea>
- FLASOG . (2020). Trauma obstétrico . *gineco FLASOG* .
- FLASOG. (2013). *Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología*. Obtenido de <https://www.fasgo.org.ar/images/Usode-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecologia-FLASOG-2013.pdf>
- Gaceta Medica de Nicaragua. (06 de Septiembre de 2017). *GACETA MEDICA DE NICARAGUA*. Obtenido de GACETA MEDICA DE NICARAGUA: <https://lagacetamedica.wordpress.com/2017/09/06/lex-artis/>
- Galan Fiestas , W. A. (2003). *Complicaciones materno-perinatales por el uso de misoprostol en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el período enero a junio del 2003*. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2073/Galan_fw.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García, J. (2019). *UTILIDAD DEL USO DE MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y SUS EFECTOS MATERNOS Y FETALES*. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.
- Gomella, T., Eyal, F., & Bany, F. (2020). *Access Medicina*. Obtenido de Access Medicina: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2928§ionid=249660656>
- Grobman, W. (2020). *Inducción del parto con oxitocina*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/525703769/5-Induccion-del-parto-con-oxitocina>
- Guzman, N. (2018). *Resultados obstetricos y perinatales en pacientes gestantes a termino inducto- conducidas*. Hospital Jose Carrasco Arteaga. Obtenido de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8660/1/14321.pdf>
- Hasbon Carreño, S. L., & Monsalve Pinto, D. L. (2012). *LONGITUD CERVICAL COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO EN NULIPARAS*. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e36e950-46ca-4737-9aad-b42a847f2260/content>

- Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona. (2020). Protocolo de cesárea. *Clinic Barcelina* , 26.
- Hospital Clinic ; Hospital Sant Joan de Déu ; Universitat de Barcelona. (2023). Maduración cervical e inducción del parto. *Clinic Barcelona*, 22. Obtenido de <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/04/Maduracion-cervical-e-induccion-del-parto.pdf>
- Lagos , S. M., & Homps, B. M. (Agosto de 2020). Síndrome de aspiración meconial. *Revista Enfermería Neonatal*. Obtenido de <https://ia601802.us.archive.org/28/items/sindrome-de-aspiracion-meconial/S%C3%ADndrome%20de%20aspiraci%C3%B3n%20meconial.pdf>
- Larios Zamora , H. W. (2019). *Eficacia de la inducción con misoprostol del trabajo de parto en embarazo a término y prolongado con cérvix desfavorable*. Nueva Guinea: UNAN-Managua. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/481469248.pdf>
- Laughon, S., Zhang, J., Grewal, J., Sundaram, R., Beaver, J., & Reddy, U. (26 de marzo de 2012). *American journal of obstetric & Gynecology*. Obtenido de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)00312-2/fulltext#articleInformation](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)00312-2/fulltext#articleInformation)
- León Soto , M. (2021). *Intervenciones durante el embarazo y el parto para la prevención del traumatismo perineal*. . NPunto.
- López Briceño, E. C. (2018). *Incidencia y Morbilidad de los desgarros perineales postparto grado II y IV en mujeres atendidas en sala de labor y parto del hospital Alemán Nicaraguense. Período de Enero a Diciembre 2017*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/189138334.pdf>
- López Fuentes , N. N. (2021). *Complicaciones materno-fetales asociados al uso de misoprostol intravaginal para la inducción de trabajo de parto en pacientes ingresadas en la Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa*. Obtenido de <https://repositorio.unica.edu.ni/158/1/Complicaciones%20materno-fetales%20asociadas%20al%20uso%20de%20misoprostol%20intravaginal%20para%20la%20inducción%20de%20trabajo%20de%20parto%20en%20pacientes%20ingresadas%20en%20la%20Sala%20de%20Alto%20Riesgo.pdf>
- López Pérez , M., Sánchez Ortiz, M., Sánchez Muñoz, A., Aguilar Galán , V., León Molina , M., & Gambacorti-Passerini, Z. (2018). Impacto de Desgarros Perineales tipo III/IV y sus Factores de Riesgo. *Apunt. Cienc*. Obtenido de <http://apuntes.hgucl.es/files/2018/11/ARTICULO-ORIGINAL-2.pdf>
- Lozano Bustillo, A., Betancourth Melendez, W. R., Turcios Urbina, L. J., Cueva Nuñez, J. E., Ocampo Eguigurems, D. M., Portillo Pineda, C. V., & Lozano Bustillo, L. (22 de Agosto de 2016). Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo:Complicaciones y Manejo. *iMedPub Journals*, 7. doi:: 10.3823/1310

- Marín Bermeo , M. G., & Ortiz Alvarez , M. D. (2021). *Frecuencia de embarazo en mujeres añosas y complicaciones presentadas. Hospital José Carrasco Arteaga.* Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36405/1/Proyecto%20de%20investigaci%20c3%b3n.pdf>
- Martínez González, Y. S. (2022). *Utilidad de la cervicometría para predecir el éxito de inducción del parto vaginal en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.* Managua. Obtenido de <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/Utilidad%20de%20la%20cervicometr%C3%ACa%20para%20predecir%20el%20%C3%A9xito%20de%20inducci%C3%B3n%20del%20parto%20vaginal%20en%20el%20Hospital%20Escuela%20Bertha%20Calder%C3%B3n%20Roque%20Junio%20E2%80>
- Martínez Jiménez , M. M. (2018). *Uso de misoprostol para inducción del parto y su relación con asfixias neonatales en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2017.* Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/10111/1/99306.pdf>
- Medicina Fetal Barcelona. (Julio de 2023). *Medicina Fetal Barcelona.* Obtenido de Medicina Fetal Barcelona: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Oxitocina%20en%20Sala%20de%20Partos.pdf>
- MINSA. (17 de Enero de 2020). *GUÍA PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LA INDUCCIÓN CONDUCCION DEL PARTO.* Managua. Obtenido de MINSA.
- MINSA. (2020). *Normas para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo.* Managua. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/490968512/Norma-011-APN-13-Diciembre-PDF>
- MINSA. (2021). *GUIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL AL NEONATO.* MANAGUA.
- MINSA. (2022). *"MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ABORDAJE MÉDICO QUIRÚRGICO DE CESÁREA".* Managua.
- MINSA. (2022). *"PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO".* Managua.
- MINSA. (2022). *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas.* . Managua .
- Nápoles, D. (2006). Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 7.
- OMS. (1996). *Cuidados en el parto normal.* Ginebra .

- OMS, OPS. (2015). *La hemorragia Postparto*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS, OPS. (2020). *OPS*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Palma Rodríguez , C. M. (2022). *Resultados maternos y perinatales asociados al uso de misoprostol en pacientes atendidas en el Hospital Salud Integral durante el año 2020*. Managua.
- Pareja Plata, J. A. (2022). *FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN PACIENTES INDUCIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO 2010- 2020*. Tacna. Obtenido de <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2260/Pareja-Plata-Jose.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez Matos , C. (2015). *Factores pronósticos en la inducción del trabajo de parto*. Las Palmas de Gran Canaria . Obtenido de https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/17367/2/0724413_00000_0000.pdf
- Quimica.es. (s.f.). *Quimica.es* . Obtenido de <https://www.quimica.es/enciclopedia/Oxitocina.html>
- Reyes Shiguetomi, P. G. (2018). *Factores asociados al éxito de la inducción de trabajo de parto en embarazo de término en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto*. Obtenido de <file:///D:/RESPALDO/Descargas/TesisE.FM.2018.Factores.Reyes.pdf>
- Rivas Baiza , L. M., & Sandoval Albanez , M. G. (2019). *Complicaciones maternas y fetales asociadas al uso de misoprostol para la inducción del trabajo de parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana durante el período comprendido del 1 de Julio al 31 de Diciembre del 2018*. Santa Ana, El Salvador . Obtenido de <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/c53e3d00-fa8d-4ff4-a166-dbe572fe0349/content>
- Sánchez Ortiz , M., López Pérez , M., Sánchez Muñoz , A., Gil Raga , F., & Aguilar Galán , V. (2019). *Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz*. Obtenido de <http://apuntes.hguacr.es/files/2019/04/ARTICULO-ORIGINAL-1.pdf>
- Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. España: El Ateneo.
- Sedano, M., Sedano, C., & Sedano, R. (Noviembre de 2014). RESEÑA HISTÓRICA E HITOS DE LA OBSTETRICIA. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 868. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706327>
- Seijmonsbergen-Schermer, A., Scherjon, S., & Jonge, A. (2019). Induction of labour should be offered to all women at term. *Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos*.

Obtenido de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.15887>

- Sociedad Española de ginecología y Obstetricia. (2013). *Rotura uterina*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501314002763>
- Sotero Salgueiro, G. A., Sosa Fuertes, C. G., Domínguez Rama, Á., Telechea, J. A., & Medina Milanés, R. (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Revista Médica del Uruguay*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/237768671_El_estado_civil_materno_y_su_asociacion_con_los_resultados_perinatales_en_una_poblacion_hospitalaria
- Suarez, N., Madriz, O., & Paladino, Y. (2019). *Resultados materno-fetales en la inducción del trabajo de parto con embarazos prolongado*. Hospital José Nieborowsky, Boaco, Boaco. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/13495/1/13495.pdf>
- UNAM. (2022). *Docsity*. Obtenido de <https://www.docsity.com/es/guia-de-practica-clinica-diestres-respiratorio/10982149/>
- Vela González, J. E., & Sobalvarro Díaz, J. I. (2021). *Cumplimiento del protocolo MINSA 156 "Guía para el manejo clínico de la inducto-conducción del parto*. Boaco. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/16904/1/16904.pdf>
- Velasquez Chavarria, C. I. (2021). *Uso del misoprostol en embarazos de término para la inducción del trabajo de parto en la sala de prelabor del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. Durante el periodo de abril 2018 al noviembre 2020*. León Nicaragua.: UNAN-LEON. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/8209/1/245567.pdf>
- Velásquez Rocha, A. L. (2019). *Uso de misoprostol vía vaginal, para inducción cervical, en pacientes con embarazo ≥ 37 semanas ingresadas en ARO II, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, junio 2016- junio 2018*. León. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7049/1/241338.pdf>
- Vértiz Cobián, R. J. (2019). *Uso del misoprostol intravaginal en la inducción del trabajo de parto y las complicaciones maternas perinatales en gestantes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray*. Trujillo, Perú. Obtenido de https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/5684/REP_MAEST.OBST_ROSSY.V%c3%89RTIZ_USO.MISOPROSTOL.INTRAVAGINAL.INDUCCI%c3%93N.TRABAJO.PARTO.COMPLICACIONES.MATERNAS.PERINATALES.GESTANTES
- Zavala García, A., Ortiz Reyes, H., Salomon Kuri, J., Padilla Amigo, C., & Preciado Ruiz, R. (2018). Período intergenésico: Revisión de la literatura. *Revista Chilena*

Obstetricia y ginecología., 53-57. Obtenido de
<https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>

Zelaya Rodríguez , G. E., & Reyes Sánchez , J. F. (2016). *Resultados obstétricos y perinatales del uso de Misoprostol como inductor del trabajo de parto en embarazos prolongados y postérmino, en la sala de ARO del Hospital José Nieborowski*. Managua. Obtenido de
<https://repositorio.unan.edu.ni/430/1/60460.pdf>

Zuheros Montes, J., De la Torre Gonzalez, A., Espinar, Y., Zuheros Montes, M., Del Castillo, N., Campos Serrano, A., . . . Arjona Berral, J. (2017). *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia:
https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n6/06_Influencia%20de%20la%20obesidad.pdf

12. ANEXOS

Anexo A.

Instrumento de Recolección de la información.



Instrumento de recolección de datos

Resultados Maternos y Fetales En Embarazos a Término Sometidas a Inducto Conducción Del Trabajo De Parto En El Hospital Salud Integral En El Periodo De 1ero Enero-31 De Julio Del Año 2023.

De Ficha _____
recolección _____

Fecha de

Número de expediente _____

1. Características sociodemográficas de la población a estudio.

1.1 Edad: ≤ 19 años 20-34 años ≥ 35 años

1.2 Peso:

1.3 Talla:

1.4 Índice de Masa Corporal: kg/m² Peso normal Sobrepeso Obesidad Grado I Obesidad grado II Obesidad Grado III

1.6 Escolaridad: Primaria Secundaria Universitario Otros

1.7 Estado civil: Casada Soltera Viuda Unión libre Sin Datos

1.8 Gestas: Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta

1.9 Periodo intergenésico: ≤ 18 meses > 18 meses No aplica

1.10 Paridad: Nulípara Multípara

2. Indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto

2.1 Embarazo de 40 semanas de gestación:

2.2 Ruptura Prematura de Membrana al término:

2.3 Enfermedad hipertensiva del embarazo: Hipertensión gestacional
Preeclampsia Preeclampsia grave

2.4 Hipertensión arterial crónica

2.5 Diabetes: Diabetes pregestacional Diabetes gestacional

2.6 Oligoamnios:

2.7 Restricción del Crecimiento Intrauterino:

2.8 Otras:

3. Abordaje obstétrico de las pacientes sometidas a inducto conducción

3.1 Longitud cervical: $\leq 20\text{mm}$ $>20\text{mm}$ No se realizo

3.2 Ultrasonido reciente (1 semana): Si No

3.3 Escala de Bishop al ingreso: ≤ 6 >6

3.4 Dosis de misoprostol: ≤ 3 dosis >3 dosis No dosis

3.5 Se realizó conducción del trabajo de parto: Si No

3.6 Intervalo de tiempo entre dosis de misoprostol a oxitocina: <6 horas ≥ 6 horas
 No se realizó

4. Resultados maternos de las pacientes sometidas a inducto conducción

4.1 Vía de finalización: Parto Cesárea

4.2 Indicaciones de la cesárea: Polisistolia Riesgo de pérdida del bienestar fetal
Distocia cervical Inducción fallida Trabajo de parto detenido Otras

4.3 Atonía uterina: Si No

4.4 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Si No

4.5 Ruptura uterina Si No

4.6 Desgarro perineal: No Primer grado Segundo grado Tercer Grado
Cuarto grado Si No

4.7 Hematomas paragenitales Si No

4.8 Hemorragia post parto: Si No

5. Resultados fetales de las pacientes sometidas a inducto conducción.

5.1 Asfixia: Si No

5.2 Peso al nacer: Peso bajo al nacer Peso muy bajo al nacer Peso extremadamente bajo al nacer Recién nacido excepcionalmente grande Peso adecuado

5.3 Trauma obstétrico: Si No

5.4 Síndrome de Aspiración de Meconio: Si No

5.5 Depresión respiratoria: Si No

5.6 Ingreso a Unidad de cuidados intensivos neonatal: Si No

5.7 Muerte Perinatal: Si No

Anexo B

Operalización de las variables.

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de la población en estudio.

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Escala	Unidad de medida
1.1-Edad materna	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de su atención.	Porcentaje de edad más frecuente	<19 años 20-34 años ≥35 años	Intervalo (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005) (Donoso & Otros, 2014)	años
1.2-Índice de masa corporal	Es un índice simple de peso para la talla comúnmente utilizado para clasificar bajo peso, sobrepeso y obesidad en adultos. Se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros.	Porcentaje de índice de masa corporal más frecuente.	Peso normal sobrepeso. Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III	Nominal OMS (2020)	Kg/m ²
1.3-Escolaridad	Nivel de educación alcanzada por la paciente.	Porcentaje de escolaridad más frecuente	-Primaria -Secundaria -Universitaria -Otros	-Nominal (De la Vega Vasconcelos & Sarantes López , 2016)	
1.4-Estado civil	Es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional.	Porcentaje de estado civil más frecuente	-Casada. - Unión libre -Soltera. -Sin datos	Nominal (Sotero Salguero , Sosa, Domínguez Rama , Telechea , & Medina Milanesi , 2006)	
1.5-Gestas	Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado.	Porcentaje de gesta más frecuente	Primigesta, Bigesta, Trigesta, Multigesta	Nominal (DeCherney A.H., 2014) Según expediente clínica	

1.6 Período intergenésico.	Es el período comprendido entre la finalización del último embarazo (Parto o aborto) y el inicio del actual	Porcentaje de período más frecuente.	≤ 18meses >18meses	Intervalo (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005) (Zavala García , Ortiz Reyes , Salomon Kuri , Padilla Amigo , & Preciado Ruiz , 2018)	Meses
1.7 Paridad	Es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación	Porcentaje de paridad más frecuente	Nulíparas, multíparas	Nominal (DeCherney A.H., 2014) (FASGO, 2023)	

Objetivo 2. Mencionar las indicaciones más frecuentes en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Escala	Unidad de medida
2.1 Indicación de inducción-conducción del trabajo de parto	Son las condiciones de morbilidad asociada materna o fetal que son criterios de inducción del parto y conducción cuando se alcanzó un score de Bishop favorable y no se cuenta con actividad uterina útil, o de forma inicial si hay indicación de conducción en el contexto de hipo dinamia uterina.	Porcentaje de indicación más frecuente	-Embarazo de 40 semanas de gestación -Enfermedad hipertensiva en el embarazo: Hipertensión gestacional, Preeclampsia, preeclampsia grave -Hipertensión arterial crónica -Diabetes gestacional, diabetes pregestacional. -Oligoamnios -RCF -Otras	Nominal (MINSA, 2020)	

Objetivo 3. Reflejar el abordaje obstétrico de las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Escala	Unidad de medida
----------	----------	-----------	-------	--------	------------------

3.1 Longitud cervical	Evaluación por ecografía transvaginal de la longitud en milímetros del cuello antes de inicio de la inducción del parto, con la finalidad de predecir la respuesta a la misma	Porcentaje de embarazadas a término con longitud cervical.	≤ 20mm >20mm No se realizo	Intervalo (MINSA, 2020) (Martínez González, 2022)	Milímetros
3.2 Ultrasonido obstétrico (1 semana previa)	Evaluación ecográfica para determinar la curva de crecimiento fetal (Percentil- peso fetal estimado), el índice de líquido amniótico, localización y grado de madurez placentario	Porcentaje de embarazadas a término con ultrasonido obstétrico	Si/no	-Nominal - (MINSA, 2020)	
3.3 Escala de BISHOP	Es un método de evaluación de las condiciones cervicales, la altura de la presentación y la longitud cervical como forma objetiva para predecir la respuesta a los métodos de inducción del parto.	Porcentaje de puntuación de Bishop más frecuente	≤6 puntos >6 puntos	(MINSA, 2020) -Intervalo	Puntos
3.4 Dosis de misoprostol	Administración de misoprostol vía vaginal en 24 horas	Porcentaje de dosis más frecuente	≤3 dosis >3 dosis No dosis de misoprostol	(MINSA, 2020) -Intervalo.	Dosis
3.5 Intervalo de tiempo entre dosis de misoprostol y oxitocina.	Tiempo de al menos 6h posterior a la última dosis de misoprostol.	Porcentaje de intervalo de tiempo más frecuente	<6horas >6horas	Intervalo (MINSA, 2020)	Horas
3.6 Conducción del trabajo de parto	Procedimiento médico, farmacológico, cuyo propósito es provocar contracciones uterinas con frecuencia e intensidad suficiente para lograr la	Porcentaje de embarazadas a término conducidas.	Si/no	-Nominal (MINSA, 2020)	

	terminación de la gestación por indicaciones médicas previamente avaladas.				
--	--	--	--	--	--

Objetivo 4. Determinar los resultados maternos en las pacientes sometidas a inducto conducción de parto

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Escala	Unidad de medida
4.1 Vía de finalización	Expulsión del producto de la gestación, placenta y sus anexos por vía vaginal o a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.	Porcentaje de finalización del embarazo más frecuente	-Parto - Cesárea.	Nominal (OMS, 1996) (MINSA, 2022)	
4.2 Indicación de cesárea	Procedimiento quirúrgico que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), en circunstancias fetales o maternas anómalas que dificultan el nacimiento por vía vaginal.	Porcentaje de indicación de cesárea más frecuente	-Polisistolia. -Riesgo de pérdida del bienestar fetal. -Distocia cervical. -Inducción fallida. -Trabajo de parto detenido. -Otras	Nominal (MINSA, 2022)	
4.3 Desgarr o perineal	Pérdida de la solución de continuidad del tejido vulvo-vaginal producido por la salida del feto, pueden ser desgarrros pequeños hasta mayores.	Porcentaje de desgarrro perineal más frecuente	-No -Primer grado -Segundo grado -Tercer grado -Cuarto grado	Nominal. (MINSA, 2022)	
4.4 Hematoma paragenital	Son los derrames sanguíneos que se producen en el espesor del tejido conectivo pericervical, peri vaginal o pervulgar, sin rotura, por lo	Porcentaje de hematoma más frecuente.	Si/No	Nominal (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005)	

	menos al comienzo, de los planos superficiales.				
4.5 Atonía uterina.	Es la ausencia o deficiencia de las contracciones uterinas posterior al alumbramiento, que provoca la hemorragia activa en el post parto, con riesgo de shock hipovolémico y muerte materna.	Porcentaje de Atonía uterina más frecuente	Si/no	(MINSA, 2022) Nominal	
4.6 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.	Separación aguda parcial o completa de la placenta respecto a la pared uterina con sangrado activo.	Porcentaje de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta más frecuente	Si/no	Nominal (MINSA, 2022)	
4.7 Ruptura uterina	Es la solución de continuidad de la pared uterina, a través de una ruptura durante el embarazo, el trabajo de parto o inmediatamente después del parto, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior.	Porcentaje de rotura uterina.	Si/no	Nominal (MINSA, 2022)	
4.8 Hemorragia post parto	Presencia sanguínea mayor de 500 ml si es parto vaginal y 1000ml si es parto vía cesárea o cualquier cantidad de pérdida sanguínea que cause inestabilidad hemodinámica o descenso sintomático del hematocrito \geq al 10% del valor basal previo al parto o cesárea.	Porcentaje de hemorragia post parto.	Si/no	Nominal (MINSA, 2022)	

Objetivo 5: Identificar los resultados fetales en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

Variable	Concepto	Indicador	Valor	Escala	Unidad de medida.
5.1 Asfixia neonatal.	Es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.	Porcentaje de asfixia neonatal más frecuente	Si/no	Nominal (MINSa, 2021)	
5.2 Peso al nacer	Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos, esta medida debe efectuarse preferiblemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra una pérdida significativa de peso.	Porcentaje de peso al nacer más frecuente	-Peso bajo al nacer (<2500g) -Peso muy bajo al nacer (<1500g) - Peso extremadamente bajo al nacer. (< 1000g) - Recién nacido excepcionalmente grande (\geq 4500g) - Peso adecuado (2500-4499g)	-Intervalo (MINSa, 2021)	
5.3 Trauma obstétrico	Es la afectación de la función corporal del RN o de su estructura por diversas influencias que ocurrieron durante el nacimiento	Porcentaje de Trauma obstétrico.	Si/no	-Nominal - (Gomella, Eyal, & Bany, 2020)	
5.4 Síndrome de aspiración de meconio	Se define como distrés respiratorio (DR) en un recién nacido a término o posttérmino con	Porcentaje de síndrome de aspiración de meconio.	Si/no	Nominal (MINSa, 2022)	

	líquido amniótico teñido de meconio, sin otra posible causa de la dificultad respiratoria				
5.5 Depresión respiratoria.	Enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido pretérmino	Porcentaje de neonatos que nacen con depresión respiratoria más frecuente	Si/no	Nominal (MINSAL, 2022)	
5.6 Unidad de cuidados intensivos neonatal.	Área donde se proporciona soporte vital continuo e intervenciones críticas adecuadas al recién nacido También es destinada para recién nacido con procesos médicos-quirúrgicos con compromiso vital que necesiten técnicas, procedimientos y cuidados especiales de forma continua.	Porcentaje de Ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal	Si/no	Nominal (MINSAL, 2021)	
5.7 Muerte neonatal	Es la muerte de un nacido vivo ocurrida durante los primeros 28 días completos de vida.	Porcentaje de muerte neonatal más frecuente	Si/no	-Nominal (MINSAL, 2021)	

Anexo C.

Tablas de resultados.

Objetivo 1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y obstétricas en las pacientes en estudio.

TABLA C 1

Edad. Características sociodemográficas y obstétricas.

Características	Frecuencia	Porcentajes	IC 95%
Edad			
Menor o igual a 19 años	19	13.7%	6.5-20.4
20-34 años	104	74.8%	68.3-84.2
Mayor o igual a 35 años	16	11.5%	6.5-16.9
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 2

Índice de masa corporal. Características sociodemográficas y obstétricas.

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Índice de masa corporal			
Normopeso	20	14.4%	7.9-20.9
Sobrepeso	45	32.4%	24.5-40.3
Obesidad grado I	41	29.5%	20.9-37.4
Obesidad grado II	27	19.4%	12.9-26.6
Obesidad grado III	6	4.3%	1.4-7.9
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 3*Escolaridad. Características sociodemográficas y obstétricas*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Escolaridad			
Sin datos	1	0.7%	0-2.9
Primaria	8	5.8%	2.9-9.4
Secundaria	44	31.7%	24.1-39.9
Universitaria	59	42.4%	33.5-50.3
Otros	27	19.4%	14.1-26.6
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos

TABLA C 4*Estado civil. Características sociodemográficas y obstétricas.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Estado civil			
Casada	71	51.1%	42.8-59.0
Soltera	14	10.1%	5.0-16.2
Unión libre	54	38.8%	30.9-48.2
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 5*Gestas. Características sociodemográficas y obstétricas.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Gestas			
Primigesta	85	61.2%	52.5-69.8
Bigesta	33	23.0%	15.1-29.5
Trigesta	13	9.4%	5.0-14.4
Multigesta	9	6.5%	2.9-11.5
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 6*Periodo intergenésico. Características sociodemográficas y obstétricas.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Periodo intergenésico			
Menor de 18 meses	7	5.0%	1.4-9.0
Mayor de 18 meses	47	33.8%	25.6-42.8
No aplica	85	61.2%	50.4-69.4
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 7

Paridad. Características sociodemográficas y obstétricas

Características	Frecuencia	porcentaje	IC 95%
Paridad			
Nulípara	100	71.9%	63.7-79.9
Múltipara	39	28.1%	20.1-36.3
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

Objetivo 2. Mencionar las indicaciones de inducto conducción al trabajo de parto en las pacientes en estudio

TABLA C 8

Indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Indicaciones de inducto conducción			
Embarazo de 40 semanas de gestación	60	43.2%	33.8-52.5
Ruptura prematura de membrana al termino	2	1.4%	0-4.3
Enfermedad hipertensiva del embarazo	10	7.2%	2.9-11.5
Hipertensión arterial crónica	3	2.2%	0-4.3
Diabetes	22	15.8%	10.1-21.6
Oligoamnios	8	5.8%	1.8-10.9
Restricción de crecimiento intrauterino	0	0	0
Otras	34	24.5%	17.6-32.7
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

Objetivo 3. Conocer el abordaje obstétrico en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto

TABLA C 9

Longitud cervical. Abordaje obstétrico

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Longitud cervical			
Menor o igual a 20 mm	27	19.4%	11.5-26.6
Mayor a 20 mm	69	49.6%	39.9-59.3
No se realizó	43	30.9%	24.5-39.6
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 10

Ultrasonido reciente (1 semana previa). Abordaje obstétrico.

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Si	117	84.2%	77.0-89.2
No	22	15.8%	10.8-23.0
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 11*Escala de Bishop. Abordaje Obstétrico*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Escala de Bishop			
Menor o igual a 6	108	77.7%	70.2-84.9
Mayor a 6	31	22.3%	15.1-29.8
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 12*Dosis de misoprostol. Abordaje Obstétrico*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Dosis de misoprostol			
Menor o igual a 3 dosis	81	58.3%	48.3-66.5
Mayor a 3 dosis	27	19.4%	13.3-26.2
No dosis de misoprostol	31	22.3%	15.5-30.9
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 13*Intervalo de tiempo de misoprostol a oxitocina. Abordaje obstétrico.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Intervalo de tiempo de misoprostol a oxitocina			
Menor o igual a 6 horas	1	0.7%	0-2.9
Mayor a 6 horas	21	15.1%	8.6-20.1
No se realizo	117	84.2%	78.4-91.4
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 14*Conducción al trabajo de parto. Abordaje obstétrico*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Conducción al trabajo De parto			
Si	53	38.1%	29.5-46.0
No	86	61.9%	54.0-70.5
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos

Objetivo 4. Detallar los resultados maternos de las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

TABLA C 15

Vía de finalización. Resultados maternos

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Vía de finalización			
Parto	63	45.3%	35.6-56.1
Cesárea	76	54.7%	43.9-64.4
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 16

Indicación de cesárea. Resultados maternos

Características	Frecuencia	Porcentaje
Indicación de cesárea		
Polisistolia	14	18.4 %
Riesgo de pérdida del bienestar fetal	16	21.1 %
Distocia cervical	23	30.3 %
Inducción fallida	10	13.2 %
Trabajo de parto detenido	6	7.9 %
Otras	7	9.2 %
Total	76	100%

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 17*Atonía uterina. Resultados maternos.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Atonía uterina			
Si	16	11.5%	7.2-18.3
No	123	88.5%	81.7-92.8
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 18*Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Resultados maternos.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta			
Si	0	0	0
No	139	100%	100-100
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 19*Ruptura uterina. Abordaje obstétrico.*

Características	Frecuencia	Porcentaje
Ruptura uterina		
Si	0	0
No	139	100%
Total	139	100%

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 20*Desgarro perineal. Resultados maternos.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Desgarro perineal			
No	126	90.6%	85.6-94.2
Primer grado	11	7.9%	5.0-12.2
Segundo grado	2	1.4%	0-3.6
Tercer grado	0	0%	0
Cuarto grado	0	0%	0
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos

TABLA C 21*Hematoma paragenitales. Resultados maternos.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Hematoma paragenitales			
Si	0	0%	0
No	139	100%	-
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 22*Hemorragia postparto. Resultados maternos.*

Características	Frecuencia	Porcentajes	IC 95%
Hemorragia postparto			
Si	6	4.3%	0.7-8.6
No	133	95.7%	91.4-99.3
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos.

Objetivo 5. Identificar los resultados fetales de las embarazadas a término sometidas a inducto conducción al trabajo de parto.

TABLA C 23

Asfixia. Resultados fetales.

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Asfixia			
Si	3	2.2%	0-4.7
No	136	97.8%	95.3-100
Total	139	100%	

Nota. Base de datos / Instrumento de recolección de datos

TABLA C 24

Trauma obstétrico

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Trauma obstétrico			
Si	48	34.5%	27.7-42.4
No	91	65.5%	57.6-72.3
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 25*Peso al nacer. Resultados fetales.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Peso al nacer			
Peso adecuado	139	100%	100.0-100.0
Peso bajo al nacer	0	0%	0
Peso muy bajo al nacer	0	0%	0
Peso extremadamente bajo al nacer	0	0%	0
Recién nacido excepcionalmente grande	0	0%	0
Total	139	100%	

TABLA C 26*Síndrome de aspiración de meconio. Resultados fetales.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Síndrome de aspiración de meconio			
Si	0	0	
No	139	100%	-
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 27*Depresión respiratoria. Resultados fetales.*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Depresión respiratoria			
Si	0	0	0
No	139	100%	-
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 28*Ingreso a Unidad de cuidados intensivos neonatal. Resultados fetales.*

Características	Frecuencia	porcentaje	IC 95%
Ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal			
Si	0	0	0
No	139	100%	-
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 29*Muerte neonatal. Resultados fetales*

Características	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Muerte neonatal			
Si	0	0	0
No	139	100%	-
Total	139	100%	

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 30*Indicaciones de inducto conducción y Vía de finalización*

Indicacion de inducto conducción	Vía de finalización				
	Parto vía vaginal		Parto vía cesárea		Total
	Frec	%	Frec	%	
Embarazo de 40 semanas de gestación	19	13.7%	41	29.5%	60
Ruptura prematura de membrana al término	1	0.7%	1	0.7%	2
Enfermedad hipertensiva del embarazo	1	0.7%	9	6.5%	10
Hipertensión arterial crónica	0	0%	3	2.2%	3
Diabetes	10	7.2%	12	8.6%	22
Oligoamnios	4	2.9%	4	2.9%	8
Otras	28	20.1%	6	4.3%	34
Total	63	45.3%	76	54.7%	139

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 31

Longitud cervical/ Vía de finalización.

Longitud cervical.	Vía de finalización				
	Parto vía vaginal		Parto vía cesárea		Total.
	Frec	%	Frec	%	
Menor o igual a 20 mm	17	12.2 %	10	7.2 %	27
Mayor de 20 mm	23	16.5 %	46	33.1 %	69
No se realizó	23	16.5 %	20	14.4 %	43
Total	63	45.3%	76	54.7%	139

Dosis de misoprostol y vía de finalización

Dosis de misoprostol	Vía de finalización				
	Parto vía vaginal		Parto vía cesárea		Total
	Frec	%	Frec	%	
Menor o igual a 3 dosis	31	22.3 %	50	36.0 %	81
Mayor de 3 dosis	5	3.6 %	22	15.8 %	27
No se administró	27	19.4 %	4	2.9 %	31
Total	63	45.3%	76	54.7%	139

Dosis de misoprostol / Atonía uterina.

Dosis de misoprostol	Atonía uterina				
	SI		NO		Total.
	Frec	%	Frec	%	
Menor o igual a 3 dosis	6	4.3 %	75	54.0 %	81
Mayor de 3 dosis	6	4.3 %	21	15.1 %	27
No se administró	4	2.9 %	27	19.4 %	31
Total	16	11.5 %	123	88.5 %	139

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

TABLA C 32

Abordaje obstétrico y Resultados fetales.

Dosis de misoprostol/ Asfixia.

Dosis de misoprostol	Asfixia neonatal				Total.
	Frec	SI %	Frec	NO %	
Menor o igual a 3 dosis	0	0 %	81	58.3 %	81
Mayor de 3 dosis	3	2.2 %	24	17.3 %	27
No se administró	0	0 %	31	22.3 %	31
Total	3	2.2 %	123	97.8 %	139

Nota. Base de datos/ Instrumento de recolección de datos.

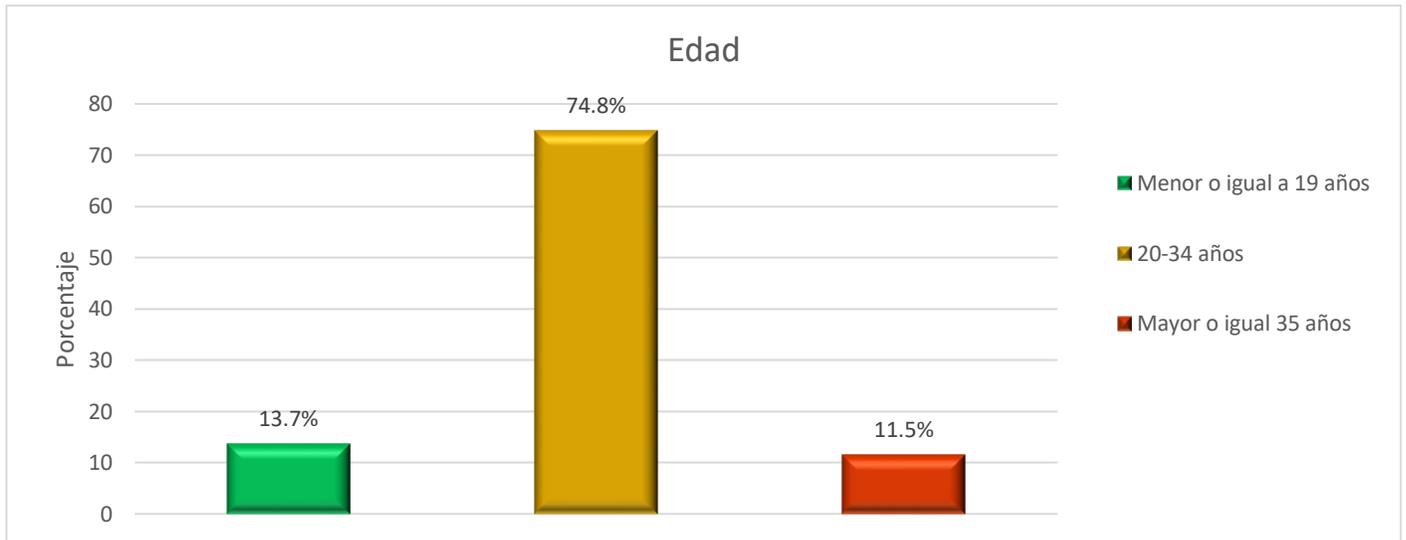
Anexo D.

Gráficos de resultados.

Objetivo 1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a las condiciones sociodemográficas y obstétricas.

FIGURA 1

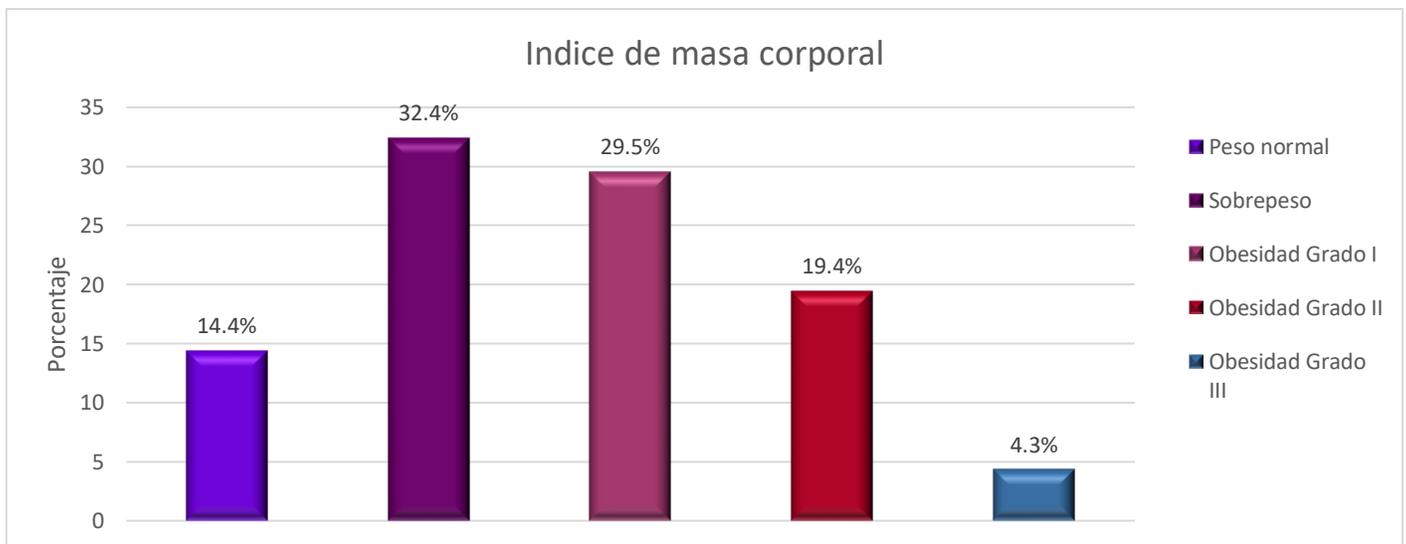
Edad materna. Características sociodemográficas y obstétricas.



Fuente: Tabla B1. Características sociodemográficas y obstétricas.

FIGURA 2

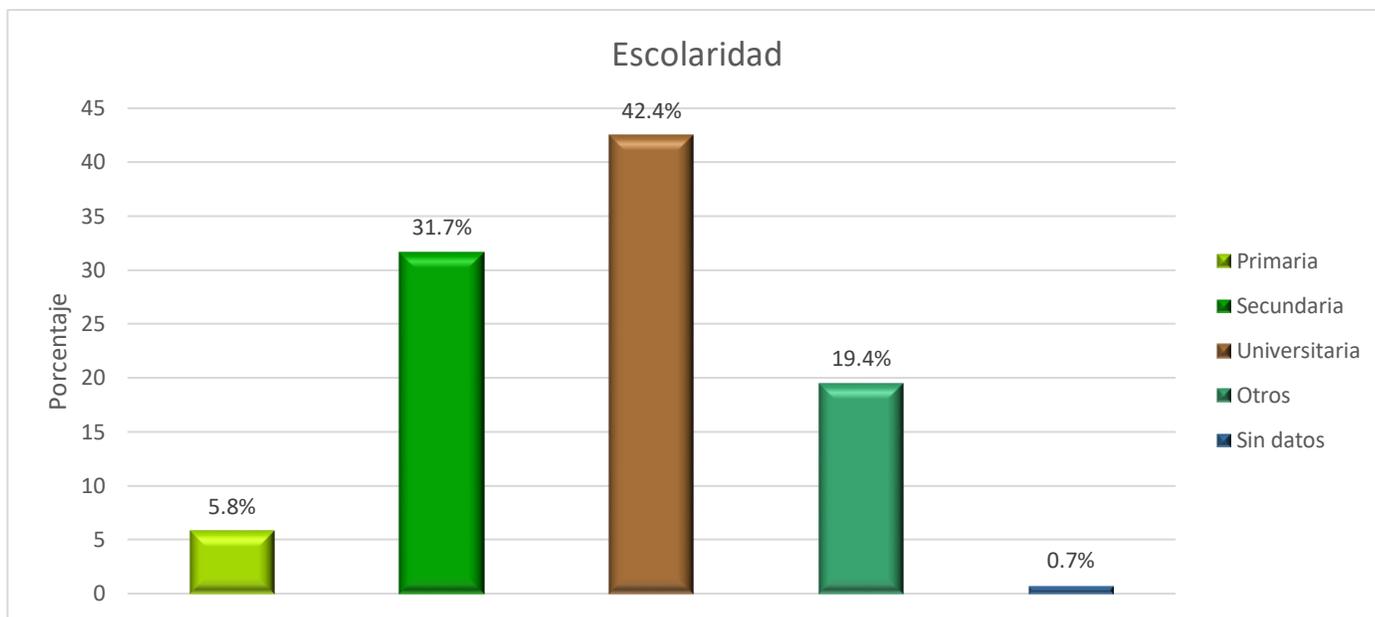
Índice de masa corporal. Características sociodemográficas y obstétricas.



Fuente: Tabla B2. Características sociodemográficas y obstétricas.

FIGURA 3

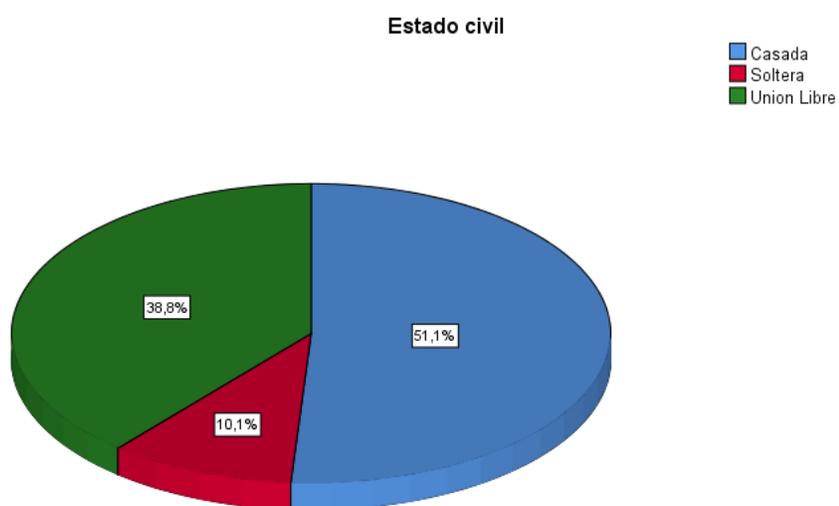
Escolaridad. Características sociodemográficas y obstétricas.



Fuente: Tabla B3.

FIGURA 4

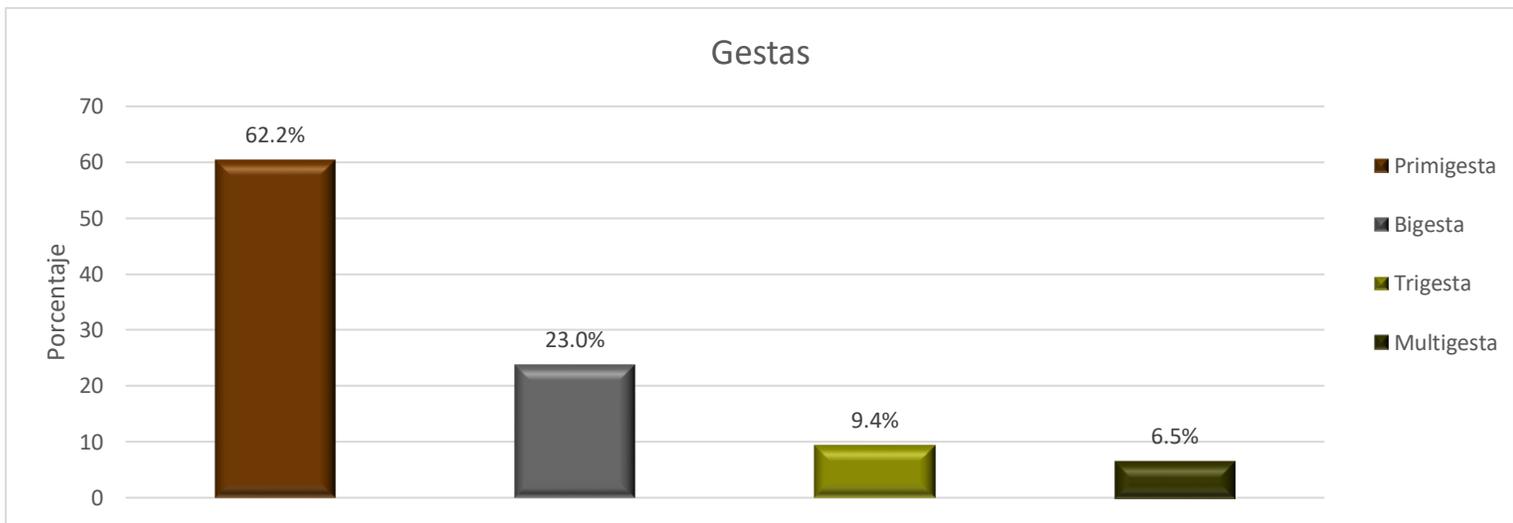
Estado civil. Características sociodemográficas y obstétricas.



Fuente: Tabla B4.

FIGURA 5

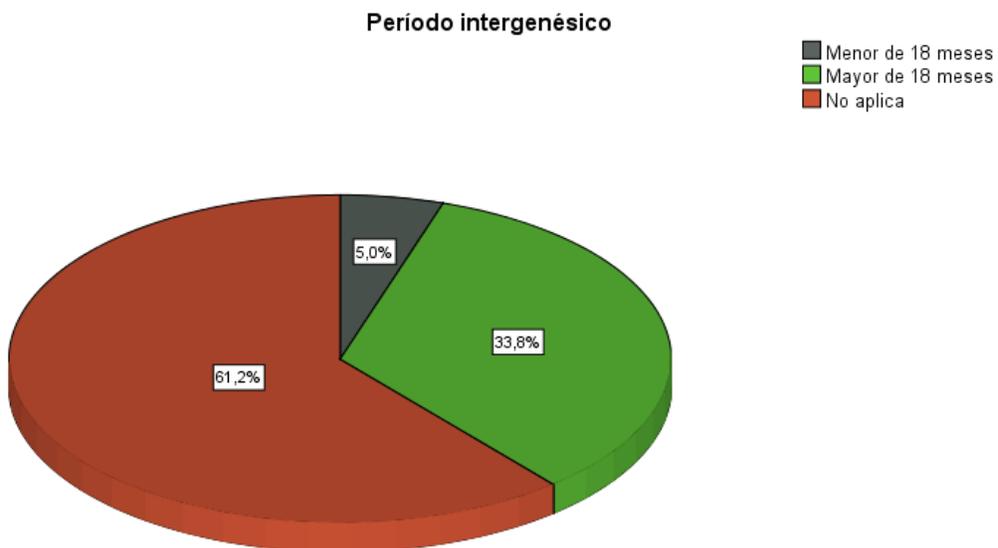
Gestas. Características sociodemográficas y obstétricas.



Fuente: Tabla B5. Características sociodemográficas y obstétricas.

FIGURA 6

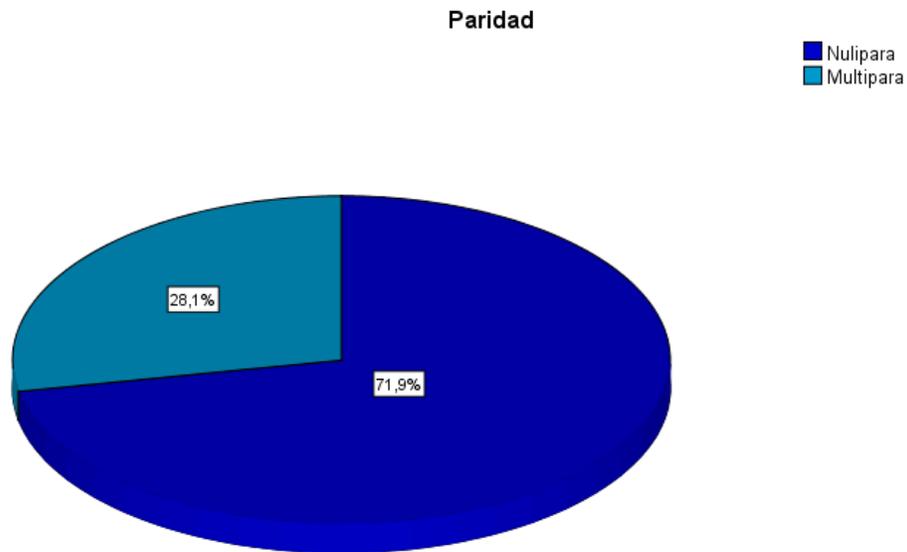
Período intergenésico. Características sociodemográficas y obstétricas.



Fuente: Tabla B6. Características sociodemográficas y obstétricas.

FIGURA 7

Paridad. Características sociodemográficas y obstétricas.

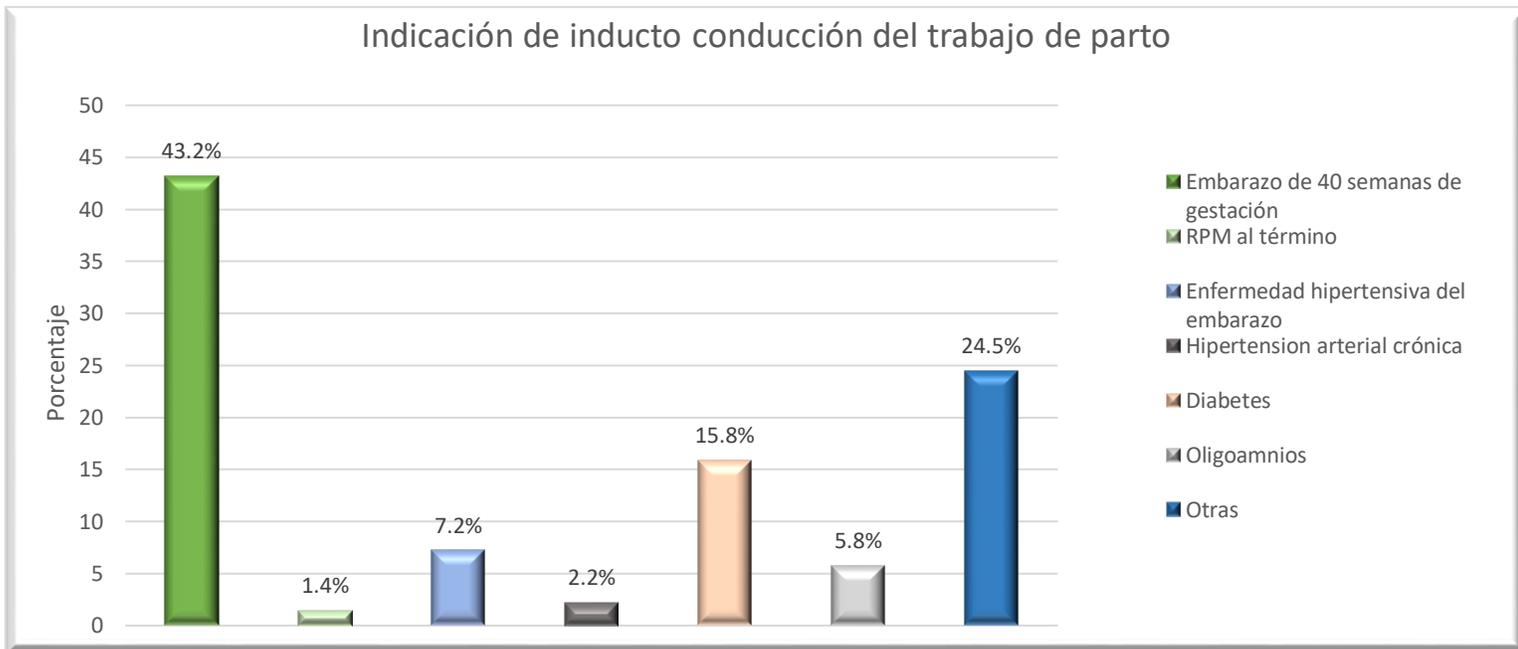


Fuente: Tabla B7. Características sociodemográficas y obstétricas.

Objetivo 2. Mencionar las indicaciones de inducto conducción al trabajo de parto en las pacientes en estudio

FIGURA 8

Indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto.

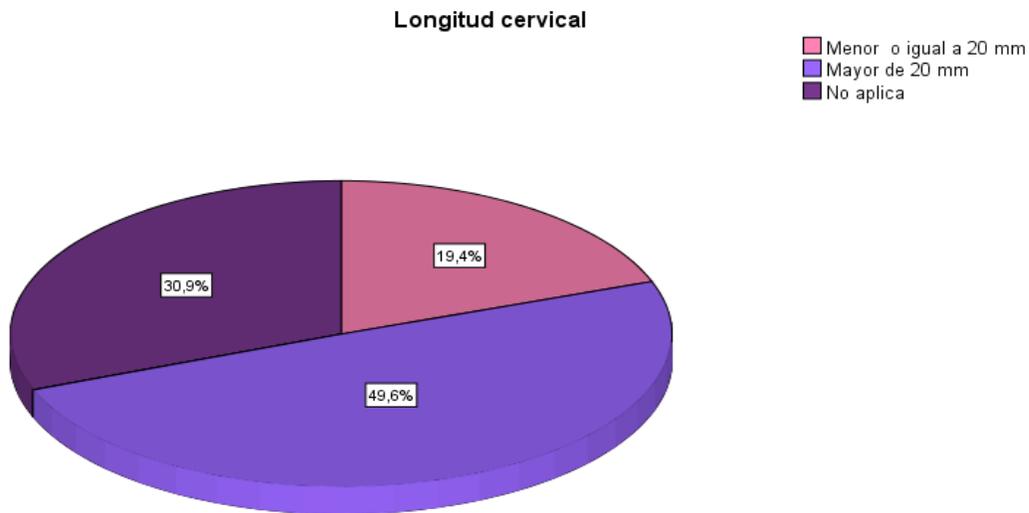


Fuente: Tabla B8. Indicaciones de inducto conducción del trabajo de parto.

Objetivo 3. Conocer el abordaje obstétrico en las pacientes sometidas a inducto conducción del trabajo de parto

FIGURA 9

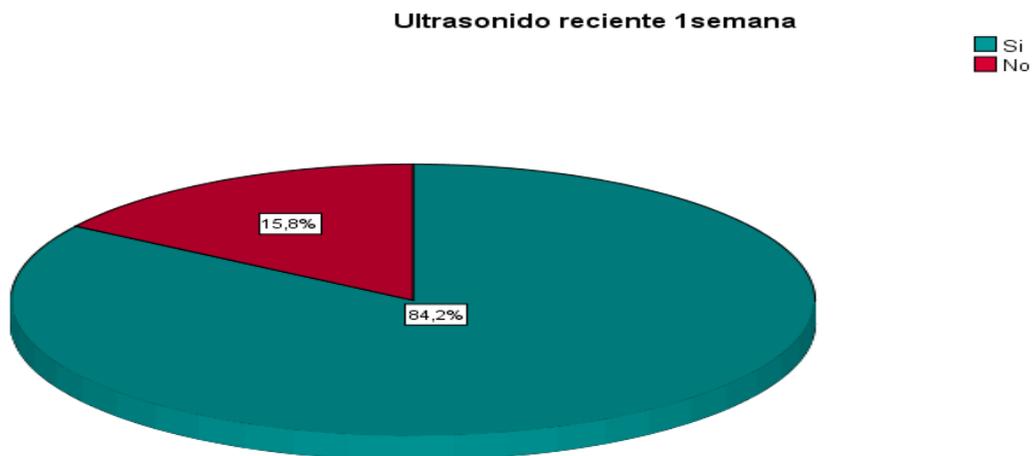
Longitud cervical. Abordaje obstetrico.



Fuente: Tabla B9. Abordaje obstétrico.

FIGURA 10

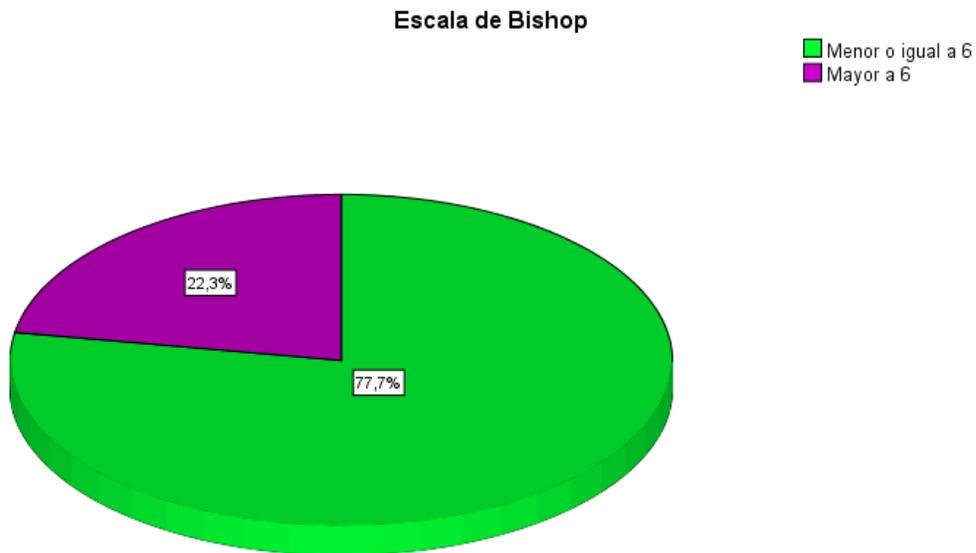
Ultrasonido reciente (1 semana previa. Abordaje obstétrico.



Fuente: Tabla B10. Abordaje obstétrico

FIGURA 11

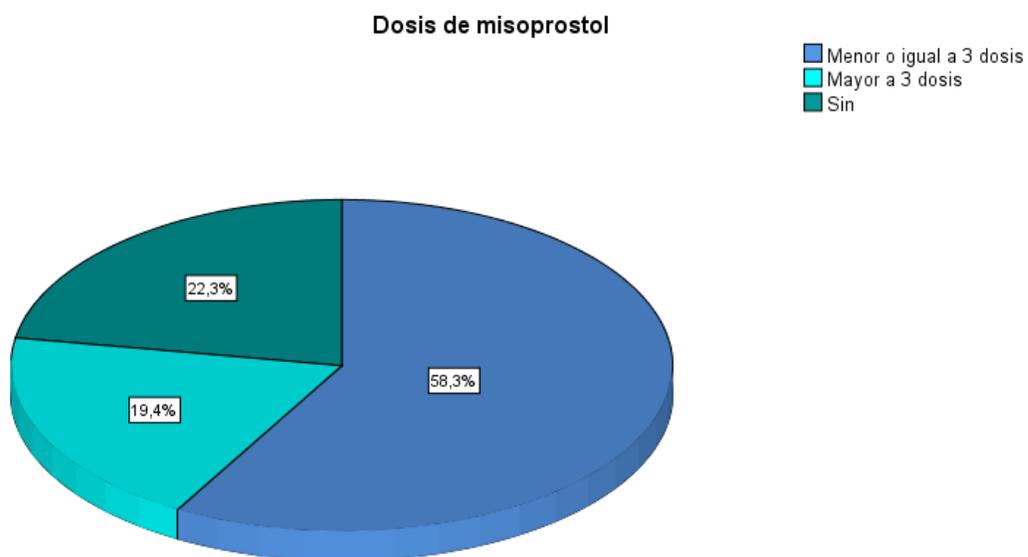
Escala de Bishop. Abordaje obstétrico.



Fuente: Tabla B11. Abordaje obstétrico

FIGURA 12

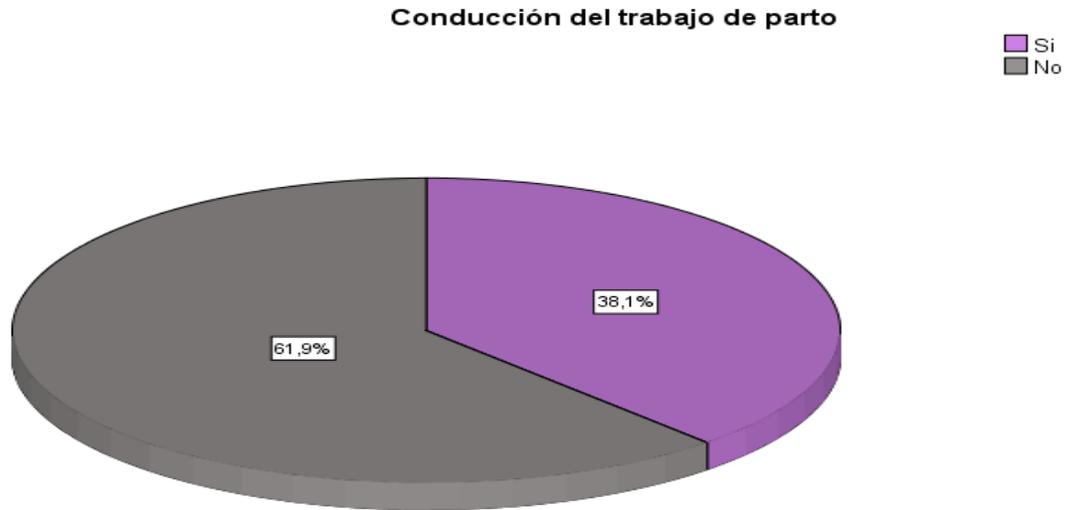
Dosis de misoprostol. Abordaje obstétrico.



Fuente: Tabla B12. Abordaje obstétrico.

FIGURA 13

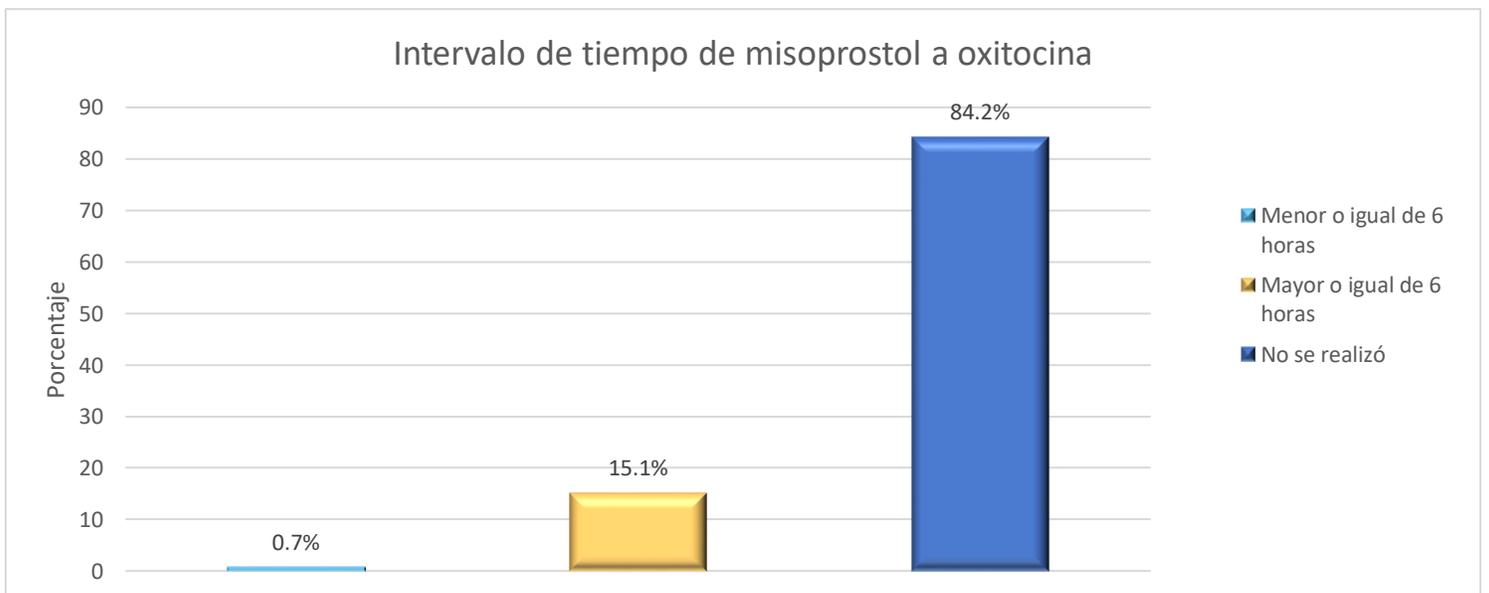
Conducción del trabajo de parto.



Fuente: Tabla B13. Abordaje obstétrico.

FIGURA 14

Intervalo de tiempo entre misoprostol y oxitocina.



Fuente: Tabla B14. Abordaje obstétrico.

Objetivo 4. Detallar los resultados maternos en las embarazadas a término sometidas a inducto conducción del trabajo de parto.

FIGURA 15

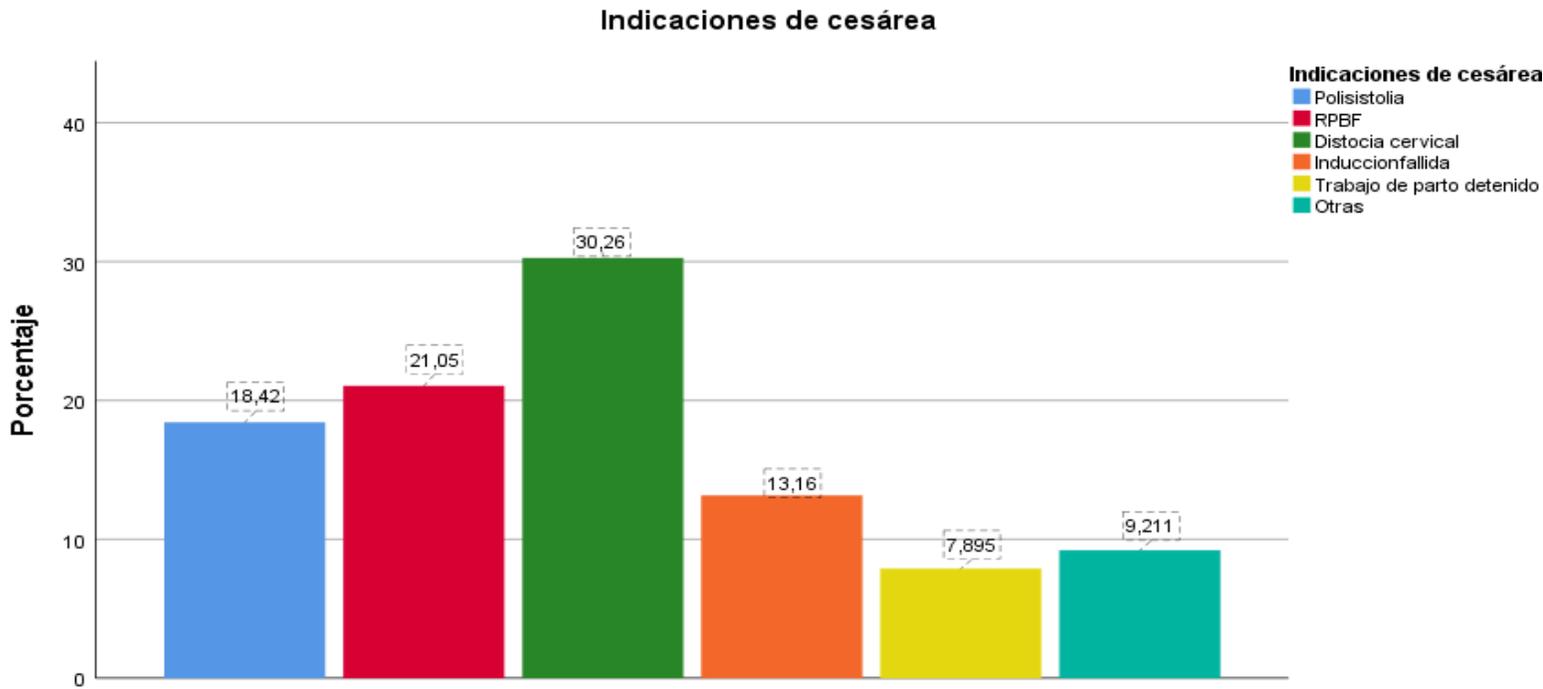
Vía de finalización.



Fuente: Tabla B15. Resultados maternos.

FIGURA 16

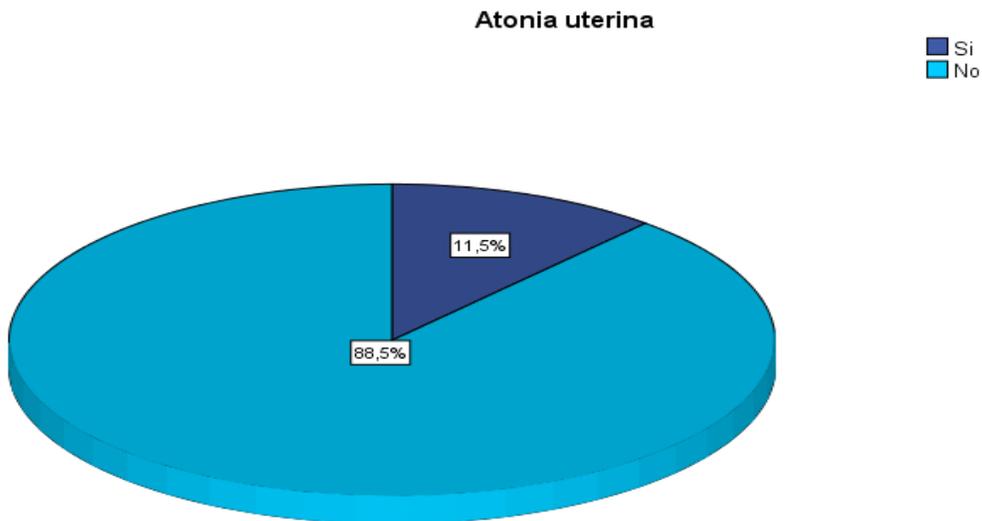
INDICACIONES DE CESÁREA. RESULTADOS MATERNOS.



Fuente: Tabla B16. Resultados maternos.

FIGURA 17

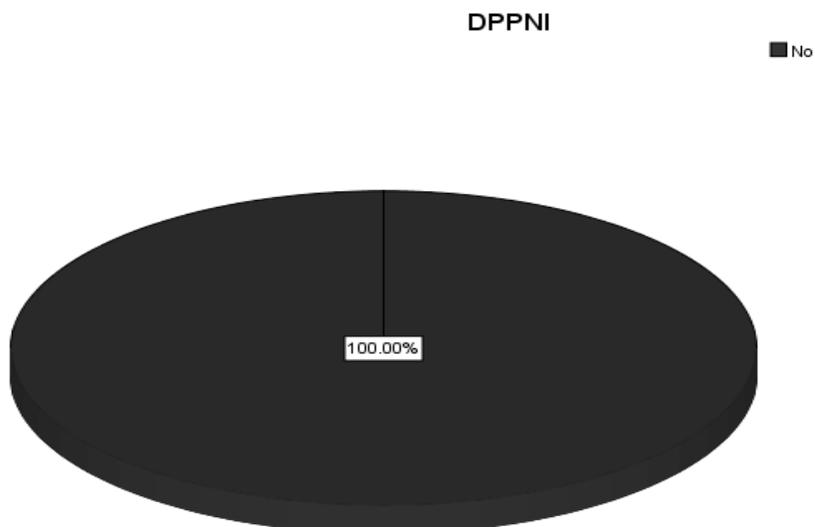
Atonía uterina. Resultados maternos.



Fuente: Tabla B17. Resultados maternos.

FIGURA 18

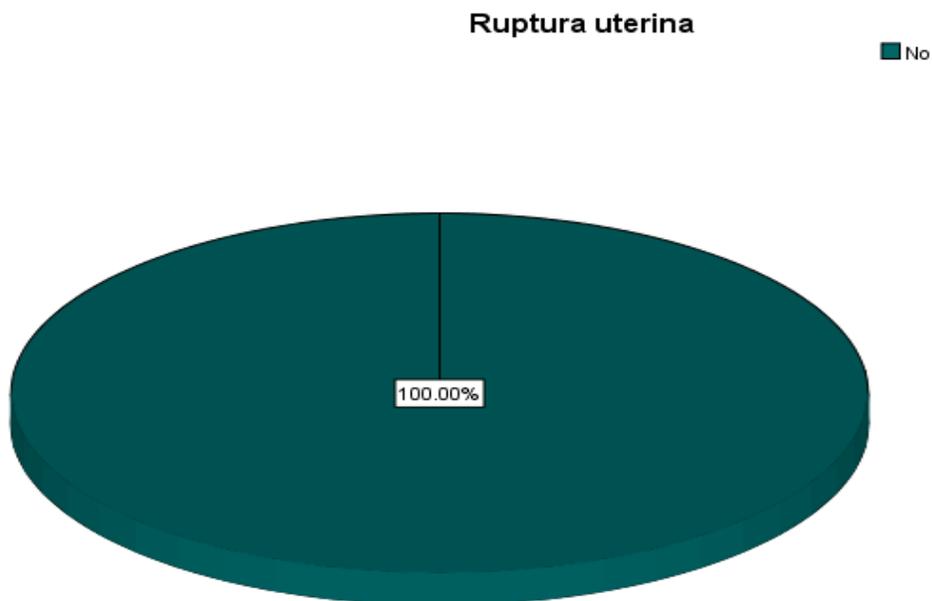
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Resultados maternos.



Fuente: Tabla B18. Resultados maternos.

FIGURA 19

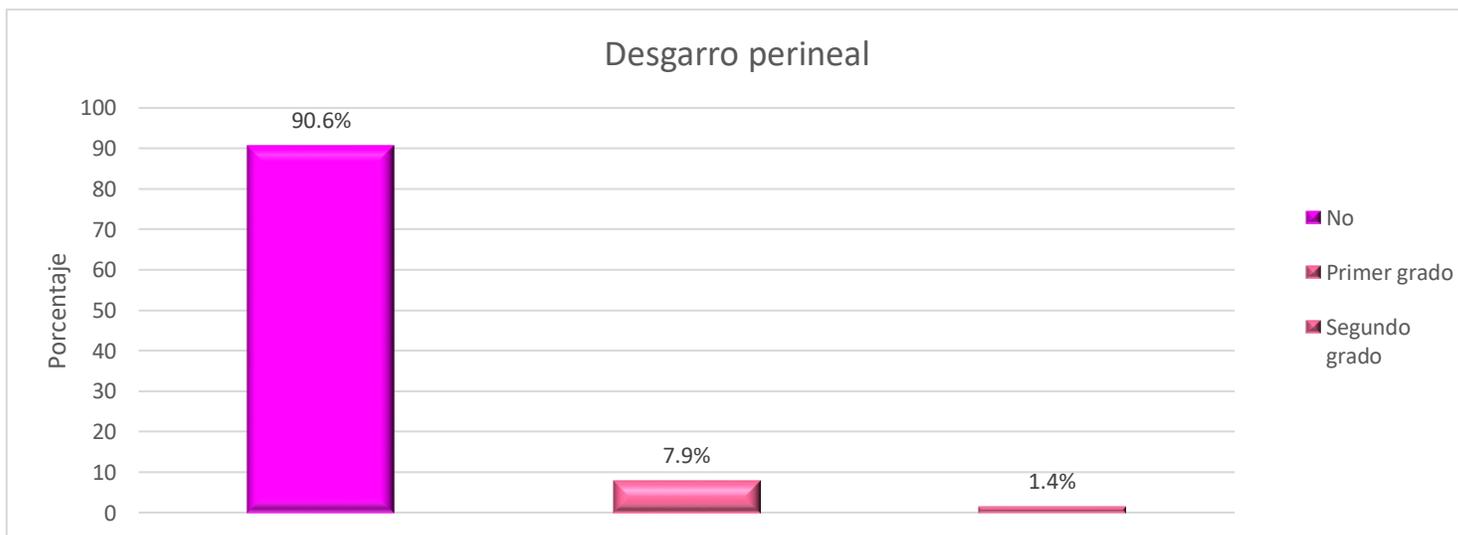
Ruptura uterina. Resultados maternos.



Fuente: Tabla B19. Resultados maternos.

FIGURA 20

Desgarros perineales. Resultados maternos.



Fuente: Tabla B20. Resultados maternos.

FIGURA 21

Hematoma paragenitales.

Fuente: Tabla B21. Resultados maternos.

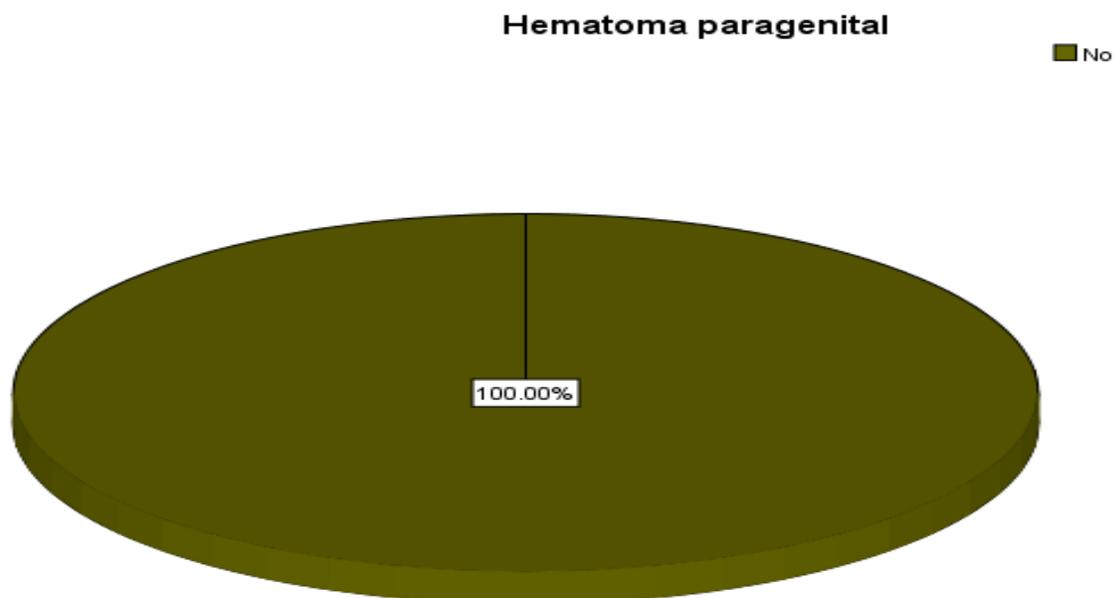
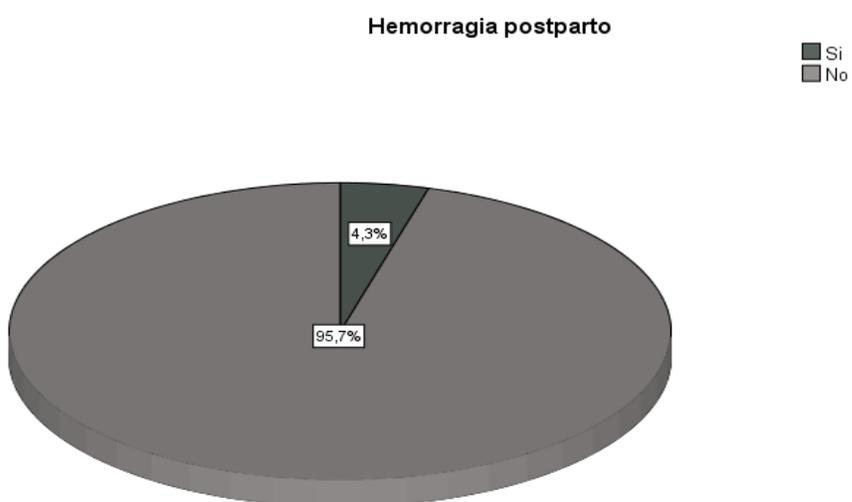


FIGURA 22

Hemorragia postparto. Resultados maternos.



Fuente: Tabla B22. Resultados maternos.

Objetivo 5. Identificar los resultados fetales en los embarazos a término sometidas a inducto conducción al trabajo de parto.

FIGURA 23

Asfixia. Resultados fetales.

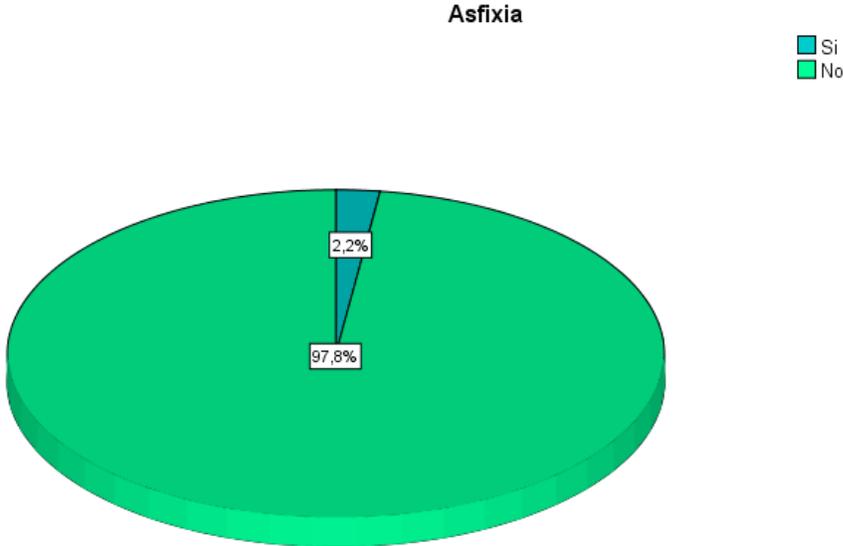
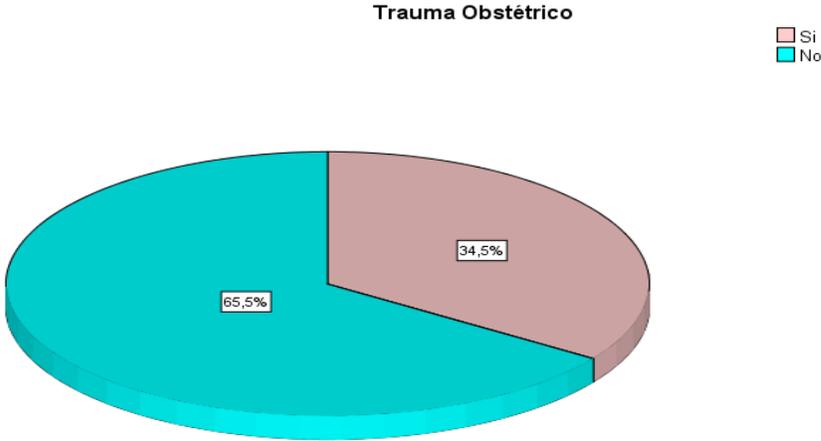


Tabla B23. Resultados fetales.

FIGURA 24

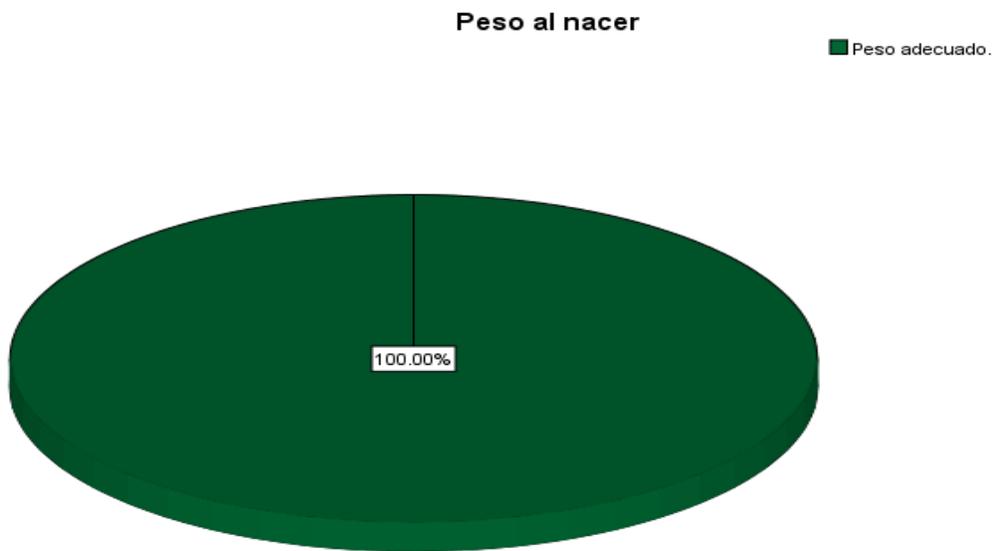
Trauma obstétrico. Resultados fetales.



Fuente: Tabla B24. Resultados fetales.

FIGURA 25

Peso al nacer. Resultados fetales.



Fuente: Tabla B25. Resultados fetales.

FIGURA 26

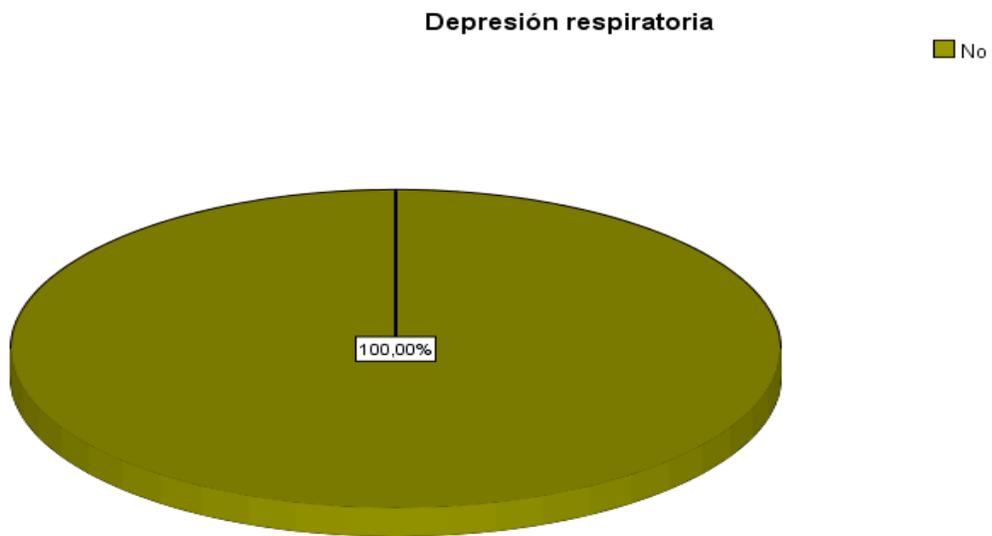
Síndrome de aspiración de meconio. Resultados Fetales.



Fuente: Tabla B26. Resultados fetales.

FIGURA 27

Depresión respiratoria. Resultados fetales.



Fuente:

Tabla B27. Resultados fetales.

FIGURA 28

Ingreso a Unidad de cuidados intensivos neonatal.

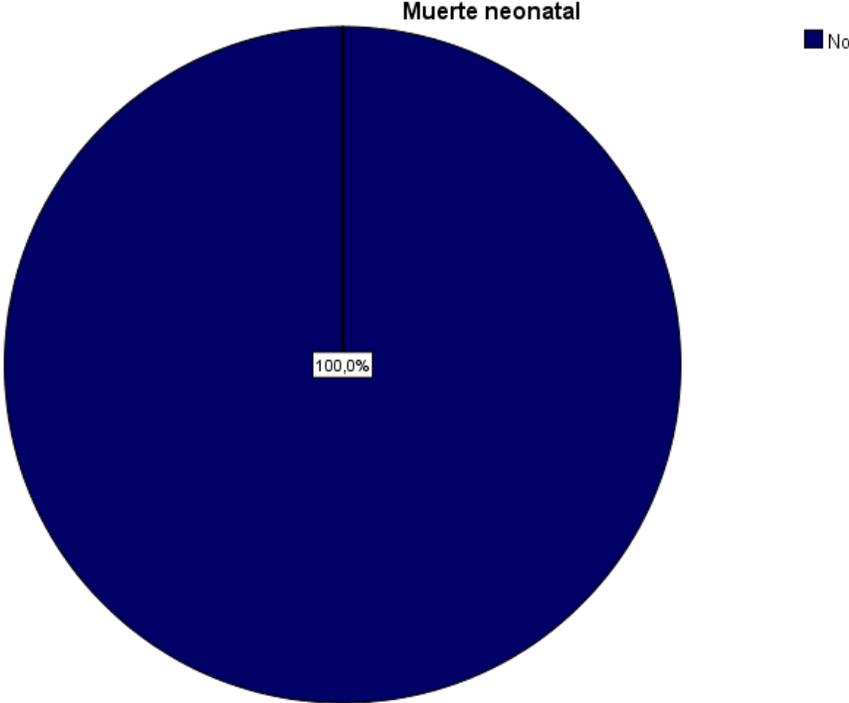


Fuente: Tabla

B28. Resultados fetales.

FIGURA 29

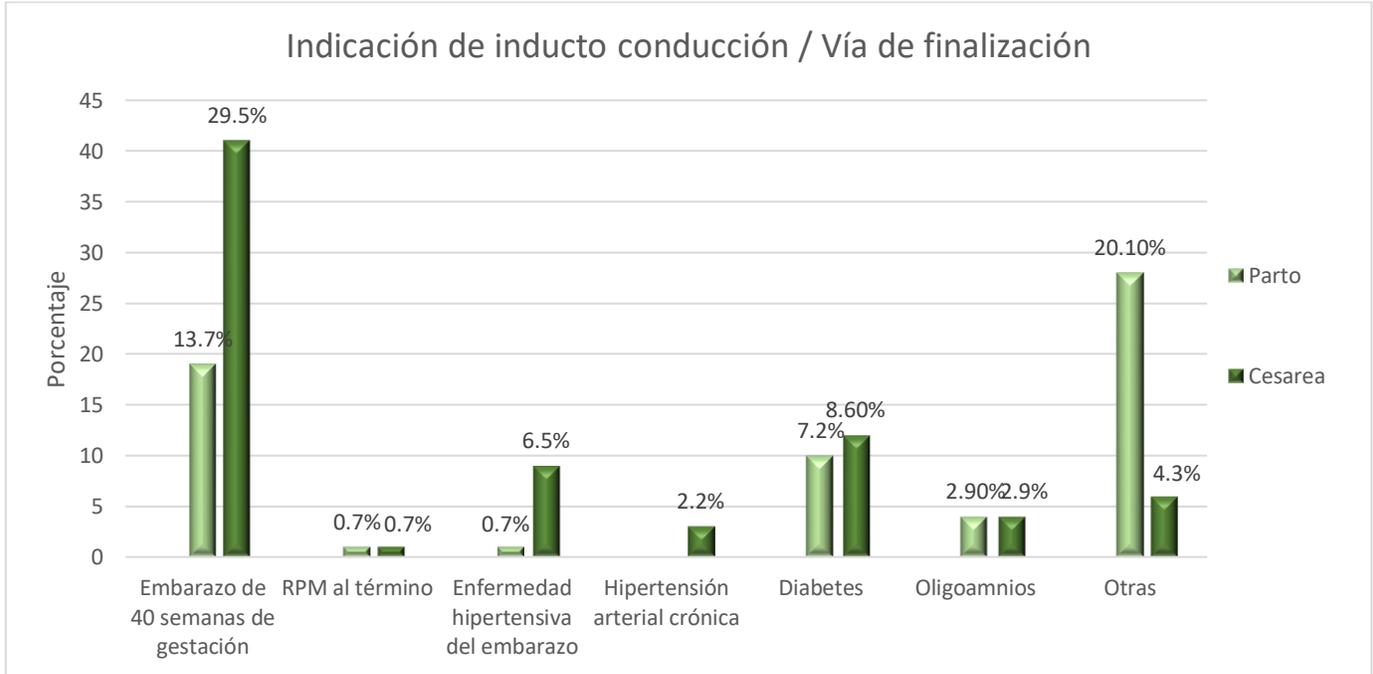
Muerte neonatal. Resultados fetales.



Fuente: Tabla B29. Resultados fetales.

FIGURA 30

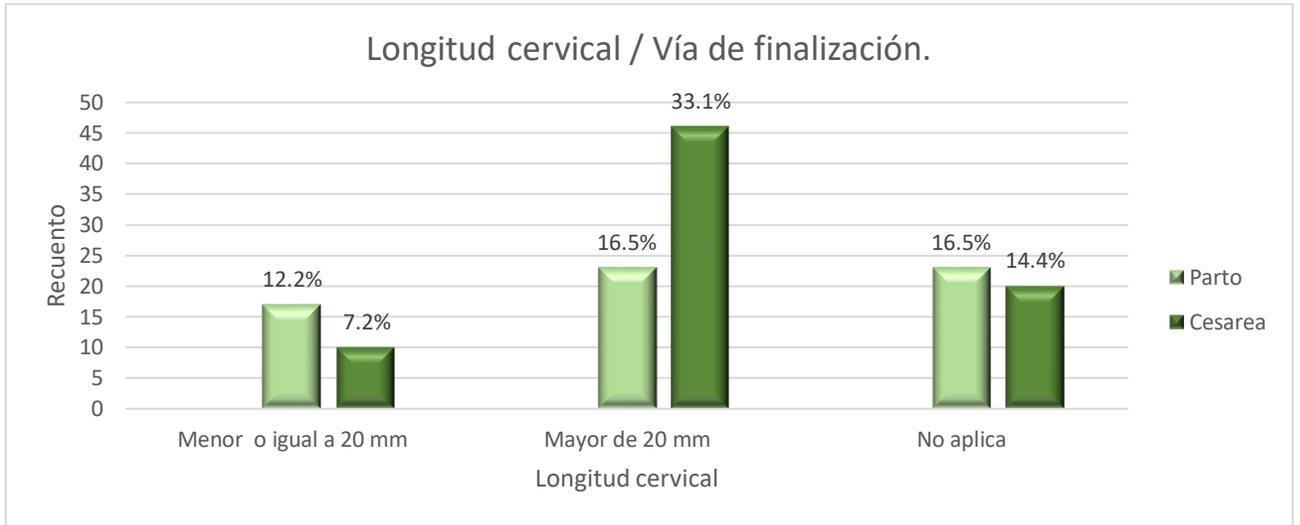
Indicación de inducto conducción/ Resultados maternos.



Fuente: Tabla B30. Indicaciones de inducto conducción/ Resultados maternos.

FIGURA 31

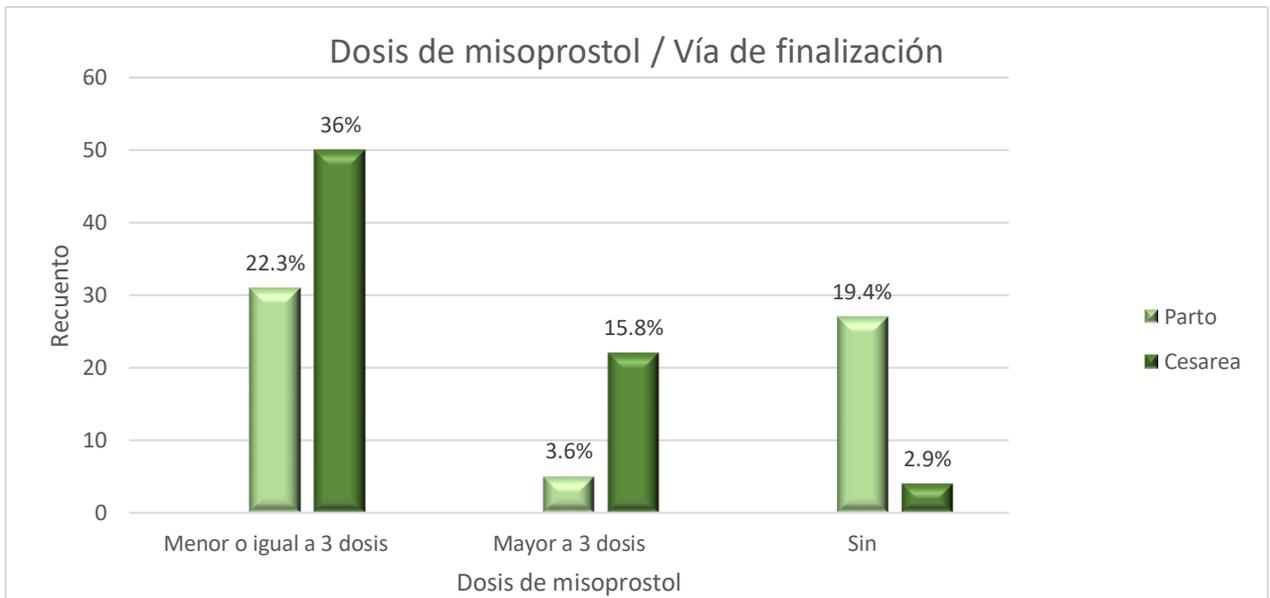
Longitud cervical / Vía de finalización.



Fuente: Tabla B31. Abordaje obstétrico / Resultados maternos.

FIGURA 32

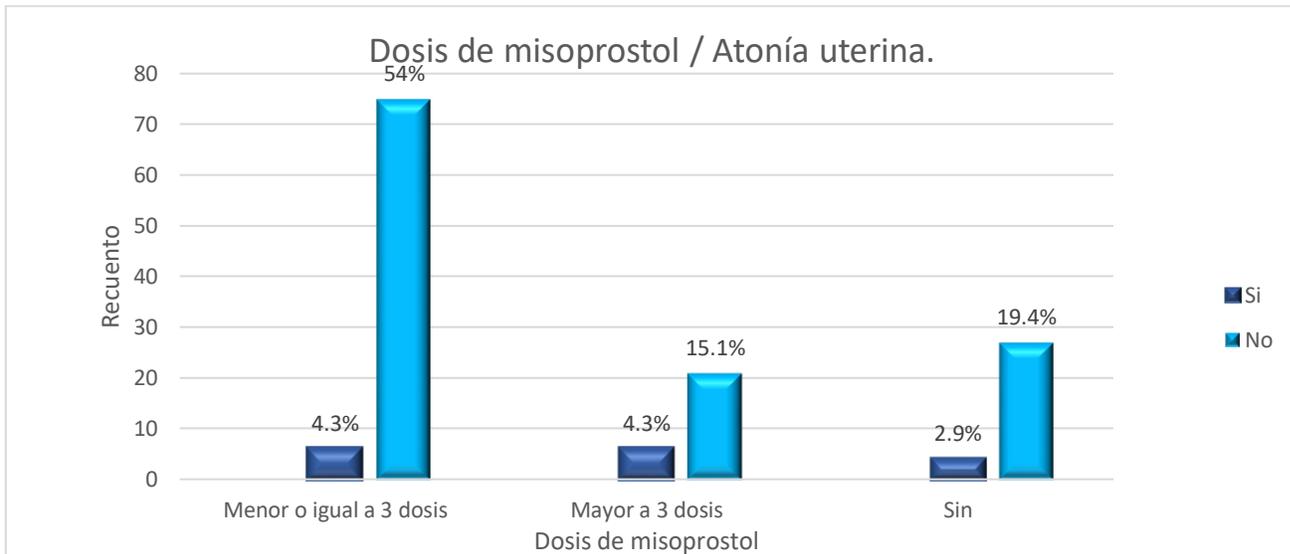
Dosis de misoprostol / Vía de finalización.



Fuente: Tabla B31. Abordaje obstétrico / Resultados maternos.

FIGURA 33

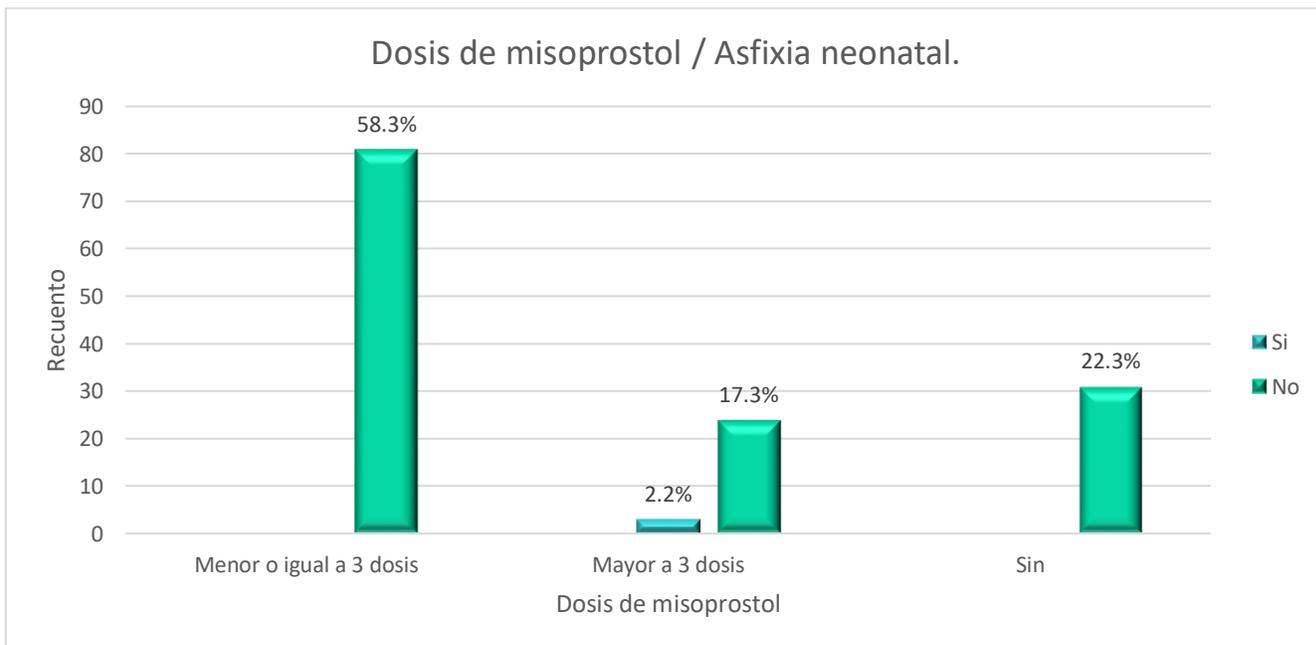
Dosis de misoprostol / Atonía uterina.



Fuente: Tabla B31. Abordaje obstétrico / Resultados maternos.

FIGURA 34

Dosis de misoprostol / Asfixia neonatal.



Fuente: Tabla B32. Abordaje obstétrico / Resultados fetales.

Anexo E.
**Carta de autorización para recolección
de datos**

Universidad de Ciencias Médicas

14 de mayo 2024.

Dra. Martha Morales
Directora de calidad
Hospital Salud Integral

Estimada Dra. Morales, saludos.

A través de este medio solicitamos su autorización para permitir el acceso a los datos del área de Estadística del Hospital Salud Integral, a los médicos internos Mariamalia Medina Robleto y Osman Mairena Jirón quienes se disponen a elaborar su trabajo monográfico de culminación de estudios de la carrera de medicina, el cual se titula:

"Resultados maternos – fetales en embarazadas a término sometidas a inducto-conducción del trabajo de parto en el Hospital Privado Salud Integral de enero a julio 2023".

Por este medio también patentamos nuestro compromiso de manejar los datos extraídos con la confidencialidad y el anonimato que establecen los cánones bioéticos para este tipo de trabajos, a la vez de observar todas las indicaciones señaladas por el personal de estadística del hospital para la extracción de la información.

Sin otro particular, quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente,

Francisco González
Vicerrector académico.



HOSPITAL SALUD INTEGRAL
Dra. Martha Morales
DIRECTORA DE CALIDAD