



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TEMA:

**“VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LA INDUCCIÓN
Y CONDUCCIÓN DE PARTO, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS QUEVEDO”**

TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

CHAPA ERAZO DARLYNG MANUEL

PALACIOS BRAVO ANA MERCEDES

TUTOR: DR. EURÍPIDES CASTILLO JIMENEZ
REVISOR: DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA

PORTOVIEJO – MANABÍ - ECUADOR

2016

TEMA:

**“VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LA INDUCCIÓN Y
CONDUCCIÓN DE PARTO, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
QUEVEDO JULIO/SEPTIEMBRE 2016”**

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradecemos a Dios por permitirnos cumplir nuestras metas con su Bendición, luego a nuestras familias por el apoyo moral y comprensión, de igual dar gracias a nuestro tutor, Dr. Eurípides Castillo y nuestra revisora. Dra. Carmen Campuzano quienes han sido nuestra guía y nos ha brindado su apoyo incondicional, y sin olvidar extender nuestro agradecimiento al Hospital Sagrado Corazón de Jesús Quevedo por abrirnos sus puertas y permitirnos realizar nuestra tesis en dicha institución.

Ana Mercedes Palacios y Darlyng Chapa Erazo

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo, quiero dedicarlo a Dios por haberme dado la fuerza suficiente para poder cumplir mis metas sin desmayar, y ser la fortaleza en los momentos de crisis, mis padres por ser mi guía, mis hermanos quienes fueron mi apoyo siempre, mi esposo por su apoyo, paciencia y compañía, y a mi razón fundamental mi hijo Rafael este y todos mis logros son y serán por y para ti.

Sra. Ana Mercedes Palacios Bravo

DEDICATORIA

A Dios por la fuerza que me brinda para no desmayar ante los obstáculos presentes.

A mi Familia por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida

A mis amigos y compañeros que han contribuido a la construcción de mi formación profesional y en especial a la memoria de mi amiga y colega Jesica Orellana Ponce, quien se esforzó hasta el último momento de su vida para lograr lo que anhelaba, que sirvió de inspiración en la culminación de este logro.

Sr. Chapa Erazo Darlyng Manuel

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Dr. Eurípides Néstor Castillo tengo a bien certificar que el trabajo de titulación **“Valoración del índice de Bishop en la inducción y conducción de parto, hospital sagrado corazón de Jesús Quevedo julio/septiembre 2016”**, de los egresados de la Escuela de Medicina: PALACIOS BRAVO ANA Y CHAPA ERAZO DARLYNG, se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un proyecto investigativo previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Dr. Néstor Castillo Jiménez, MSc.
Especialista en Ginecología y Obstetricia
MASTER EN SIDA Y
MEDICINA TROPICAL
REG. 123456789

Dr. Eurípides Néstor Castillo

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR

Los estudiantes de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, señora: PALACIOS BRAVO ANA y señor: CHAPA ERAZO DARLYNG, realizaron el presente trabajo de investigación titulado: “VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LA INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS QUEVEDO JULIO/SEPTIEMBRE 2016” Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio y asumo todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto.

Palacios Bravo Ana Mercedes
C.I. 1206596098

Chapa Erazo Darlyng Manuel
C.I. 0924696230

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**“VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LA INDUCCIÓN Y
CONDUCCIÓN DE PARTO, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
QUEVEDO JULIO/SEPTIEMBRE 2016”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí como requisito previo a la obtención del Título de Médico Cirujano realizada por los egresados Palacios Bravo Ana Mercedes y Chapa Erazo Darlyng Manuel, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO POR:

Dra. Yira Vásquez G. Mg. Sc.
DECANA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD

CC. MS. Miriam Barreto R.
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE TITULACIÓN DE LA FCS

Ab. Abner Bello Molina
SECRETARIO ASESOR JURÍDICO (E)
DE LA FCS

Dr. Néstor Castillo Jarama, MSc.
Especialista en Ginecología y Obstetricia
MASTER EN MEDICINA
Dr. Eurípides Néstor Castillo
TUTOR

Dra. Carmen Campuzano Icaza
GINECO-OBSTETRA
Dra. Carmen Campuzano Icaza
REVISOR

INDICE DE CONTENIDO

TEMA:	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA	IV
DEDICATORIA	V
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	6
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR	VII
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	VIII
INDICE DE CONTENIDO.....	IX
INDICE DE TABLA	XII
INDICE DE GRAFICO	XIII
RESUMEN.....	XIV
.....	XIV
SUMARY.....	XV
CAPITULO I.....	15
INTRODUCCIÓN	15
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	17
FORMULACIÓN	18
ANTECEDENTES.....	19
JUSTIFICACION	22
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	23
DELIMITACIÓN DEL OBJETIVO A ESTUDIAR	23
OBJETIVOS	24
OBJETIVO GENERAL	24
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
CAPÍTULO II	25
MARCO TEORICO.....	25
VARIABLES	56
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	57
VARIABLES: ÍNDICE DE BISHOP	57
VARIABLE: MÉTODOS DE INDUCCIÓN	58

MÉTODO DE CONDUCCIÓN.....	59
COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES.....	59
CAPÍTULO III.....	60
METODOLOGÍA	60
TIPOS DE INVESTIGACIÓN	60
ÁREA DE ESTUDIO	60
TIEMPO DE ESTUDIO:	60
UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO	60
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	60
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	60
MÉTODOS E INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS.....	61
FUENTE DE INFORMACIÓN:.....	61
MÉTODO:	61
TÉCNICA É INSTRUMENTO:	61
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
MÉTODO DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	62
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	62
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	63
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS QUEVEDO DE JULIO A AGOSTO DEL 2016.	63
TABLA N° 1 REGISTRO DE LOS COMPONENTES DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO	64
TABLA N° 2 REGISTRO DE LA PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO.	65
GRÁFICO N °2.....	65
TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN.....	66
GRÁFICO N° 3	66
TABLA N°4 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA PACIENTE.....	67
GRÁFICO N° 4.....	67
TABLA N°5 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE.....	68

GRÁFICO N°5.....	68
TABLA N°6 APLICACIÓN DEL USO DE MÉTODOS MECÁNICO EN LA INDUCCIÓN DE PARTO:.....	69
GRÁFICO N° 6.....	69
TABLA N° 7 USO DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN FARMACOLÓGICOS	70
GRÁFICO N°7.....	70
TABLA N° 8 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CONDUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA PACIENTE.....	71
GRÁFICO N° 8.....	71
TABLA N° 9 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CONDUCCIÓN SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE.....	72
GRÁFICO N°9	72
TABLA N° 10 USO DE MÉTODOS FARMACOLÓGICO EN LA CONDUCCIÓN DE PARTO.....	73
GRÁFICO N° 10.....	73
TABLA N° 11 TIPO DE COMPLICACIONES MATERNAS EN RELACION AL USO DE LOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN.....	74
GRÁFICO N°11.....	74
TABLA N° 12 TIPO DE COMPLICACIONES FETALES EN RELACION AL USO DE LOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN E INDUCCIÓN	75
GRÁFICO N° 12.....	75
CAPITULO V	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	79
CAPITULO VI.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	81
ANEXOS	85

INDICE DE TABLA

TABLA N° 1 REGISTRO DE LOS COMPONENTES DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO	64
TABLA N° 2 REGISTRO DE LA PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO.	65
TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN.....	66
TABLA N°4 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA PACIENTE.	67
TABLA N°5 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE.	68
TABLA N°6 APLICACIÓN DEL USO DE MÉTODOS MECÁNICO EN LA INDUCCIÓN DE PARTO:.....	69
TABLA N° 7 USO DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN FARMACOLÓGICOS	70
TABLA N° 8 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CONDUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA PACIENTE.	71
TABLA N° 9 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CONDUCCIÓN SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE	72
TABLA N° 10 USO DE MÉTODOS FARMACOLÓGICO EN LA CONDUCCIÓN DE PARTO	73
TABLA N° 11 TIPO DE COMPLICACIONES MATERNAS EN RELACION AL USO DE LOS MÉTODO DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN.....	74
TABLA N° 12 TIPO DE COMPLICACIONES FETALES EN RELACION AL USO DE LOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN E INDUCCIÓN	75
TABLA N° 13: VIA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO EN LAS PACIENTES A LAS QUE SE REALIZO INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN.....	76

INDICE DE GRAFICO

GRÁFICO N °2.....	65
GRÁFICO N° 3.....	66
GRÁFICO N° 4.....	67
GRÁFICO N°5.....	68
GRÁFICO N° 6.....	69
GRÁFICO N°7.....	70
GRÁFICO N° 8.....	71
GRÁFICO N°9.....	72
GRÁFICO N° 10.....	73
GRÁFICO N°11.....	74
GRÁFICO N° 12.....	75
GRÀFICO N° 13	76

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, en el hospital Sagrado Corazón de Jesús durante los meses Julio a septiembre del año 2016 con una población universo de 400 pacientes y una muestra de 176 pacientes con el objetivo de la valorar el uso del índice Bishop en la inducción y conducción del trabajo de parto en el servicio de Gineco obstetricia en el Hospital sagrado Corazón de Jesús donde se obtuvieron los siguientes resultados se registraron en el 100 % la valoración del índice de Bishop en las historias clínicas de las pacientes en las que se requirió la intervención del trabajo de parto, de las 179 pacientes con intervención en el trabajo de parto, 23 tuvieron complicaciones maternas siendo la más frecuente la hemorragia postparto, el 7% de los procedimientos de inducción o conducción fracasaron y terminaron en cesárea.

SUMARY

A descriptive retrospective study was carried out at the Sigrid Corazon de Jesus hospital during the months of July to September of the year 2016 with a population of 400 patients and a sample of 176 patients with the objective of evaluating the use of the Bishop index in The induction and conduction of labor in the obstetrical gynecology service in the Sacred Heart Hospital of Jesus where the following results were obtained, the evaluation of the bishop index was recorded in the clinical histories of the patients in whom it was required The intervention of labor, of 179 patients with intervention in labor, 23 had maternal complications being the most frequent postpartum hemorrhage, 7% of induction or conduction procedures failed and ended in cesarean.

CAPITULO I

INTRODUCCIÒN

El Índice de Bishop consiste en la valoración de las condiciones del cérvix encierra 5 parámetros que son: Dilatación cervical, Borramiento cervical, posición del cérvix consistencia del cérvix y plano fetal con una puntuación de 0 a 3 en cada parámetro permitiendo determinar el cérvix favorable en puntuaciones mayor de 6 y cérvix desfavorable en puntuación menor de 6.

La inducción del parto, es una intervención que consiste en iniciar artificialmente las contracciones uterinas para provocar el trabajo de parto dando lugar al Borramiento, dilatación del cuello uterino y terminar en el nacimiento.

Las embarazadas podrían tener las membranas intactas o rotas, sin necesidad de estar en trabajo de parto. Esta intervención médica puede tener efectos no esperados como cualquier otro procedimiento. Es por esta razón recomendable la utilización del índice de Bishop que permite determinar el método de elección a usar ya sea inducción o conducción, asegurando el éxito del procedimiento y reduciendo complicaciones materno-fetales.

La Conducción del trabajo de parto: es un procedimiento que consiste en mejorar la calidad de las contracciones uterinas, acelerando la dilatación y descenso de la presentación fetal.

En el país la pacientes que son sometidas a inducción y conducción por distocia de dinamica uterina de trabajo de parto u otra causa de riesgo obstétrico o fetal, según los datos

obtenidos en el 2007 fueron 10 casos que representan el 7.4% de la población obstétrica.
(Ehow Contributor, 2013)

Las pacientes sometidas a dicho procedimiento cumplen con determinados criterios para evitar así posibles complicaciones. Usados en embarazos postérmino, óbito fetal, rotura prematura de membrana y otras causas. La valoración adecuada del índice de Bishop ayuda a evitar inducción o conducciones fallidas de esta forma aseguramos éxito en el procedimiento y calidad de atención.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La muerte materna es un problema crítico en la salud pública que afecta sobre todo a los países tercermundistas y representa un gran impacto individual, familiar, social y económico. Las muertes maternas son aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud.

El trabajo de parto prolongado es una causa importante de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las demás causas frecuentes encontramos las contracciones uterinas no eficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea no adecuada o anomalías de partes blandas de la madre.

La inducción y conducción son procedimientos utilizados en nuestras áreas obstétricas que cumplen características óptimas para su ejecución. Teniendo como objetivos desencadenar y mejorar contracciones uterinas, relacionado con la valoración del índice de Bishop porque permiten finalizar el parto por vía vaginal, disminuyendo a su vez el índice de cesáreas que oscilan de 25% en el 2011 en Ecuador y cuyo valor no debe superar el 15% según las normas internacionales.

Como estudiantes de pregrado de la Carrera de Medicina y sobre todo del entorno vivido en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo. La investigación que realizamos en dicha institución consistió en valorar la aplicación del índice de Bishop utilizado en esta Unidad de Salud, según el Protocolo Materno Infantil del MSP, antes de una inducción y conducción de parto, en los meses de julio a septiembre del 2016 a toda paciente ingresada en el área de parto que requiera interrupción del embarazo o mejorar el trabajo de parto.

En estos casos es donde la inducción y conducción del parto desempeña un papel importante, ya que las circunstancias obligan al profesional de la salud a actuar y no es factible esperar el curso fisiológico del mismo, para evitar morbilidad materna y fetal en las pacientes obstétricas atendidas.

FORMULACIÓN

¿Cuál es el uso de la valoración del índice de Bishop para la inducción y conducción, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo?

ANTECEDENTES

La valoración del índice de Bishop fue usado empíricamente y sin métodos de estudios que lo justifiquen, el año de 1960 fue implementado por el Dr. Edward Bishop denominado sistema de puntuación de la pelvis y que consistía en valorar dilatación cervical, Borramiento, estación, consistencia y posición con un valor desde 0-13. Después de sus experiencias clínicas, concluyó que inducir el parto en mujeres multíparas con embarazos a término y sin riesgos se obtuvo éxito en la inducción, en el caso de puntuación de Bishop > 8. Tiempo después otros investigadores emitieron sus criterios acerca del índice de Bishop creando ponderación de los componentes de la puntuación, y demostrando que la dilatación cervical se correlaciona con la fase latente en comparación con los otros componentes.

Aunque el objetivo era prevenir la prematuridad, en la era previa a la ecografía ha sido utilizado para predecir el éxito de la inducción del trabajo de parto a término. Por cual se establece que el éxito de una inducción de parto depende de la maduración cervical y la maduración cervical describe una serie compleja de eventos mediados por hormonas que alteran el colágeno cervical resultando un cérvix más blando y flexible antes de la inducción del trabajo de parto. (Laughon, Zhang, Troendle, Sun, & Reddy, 2011)

La verdadera historia de la inducción farmacológica del parto comienza en el año 1756 en Inglaterra donde George Mecauley plantea por primera vez la inducción del parto antes del término, con la finalidad de obtener fetos de menor tamaño para disminuir el riesgo de muerte materno-fetal por la cesárea o la extracción fetal por fórceps. También hay antecedentes históricos de métodos médicos de inducción en las culturas precolombinas, algunas publicaciones citan que los antiguos aztecas utilizaban la planta de Cihuapatli para provocar contracciones. Próximo al 1750 o sea que en forma casi contemporánea con la propuesta de Mecauley surge el uso de la amniotomía como método para inducir el parto, esta maniobra fue llamada “operación inglesa” rápidamente se infundió por toda Europa excepto en Francia donde recién llegó a emplearse a fines del siglo XVII por Mauriceau, como método inductor y de control de la hemorragia posparto. Lo impredecible de la respuesta y el riesgo de infección fueron los principales obstáculos con que contó este método en Francia durante el siglo XVI. Al comprobar el incremento de las infecciones por la amniotomía, Hamilton planteó en 1810 efectuar la rotura alta de las membranas mediante

la colocación de un catéter de goma guiado por un alambre de plata. Al también verse inconveniente en el uso de este método el propio Hamilton en 1836 describe, el decolamiento de las membranas ovulares del segmento inferior por simple separación digital, respetando la integridad de las membranas. Los primeros dilatadores empleados fueron esponjados o tallos de algas marinas desecadas (laminarias) las que conseguían dilatar el cuello ejerciendo presión en forma radia. Durante la primera parte del siglo XVI fueron propuestos métodos de estimulación eléctrica para inducir el parto las primeras de estas propuestas en el año 1803 cuando Heder plantea “el galvanismo” estimulando la contractilidad con electricidad. En 1836 Merriman propone la estimulación eléctrica de las mamas y colocar fluidos intravaginales o intrauterinos. La colocación de fluidos vaginales tuvo múltiples defensores algunos de ellos en el presente siglo. Por ejemplo, en 1844. Kiwisch utilizo duchas vaginales a alta presión, que cayeron en desuso porque provocaban lipotimias en algunas pacientes. Sarwey usaban grandes volúmenes de agua tibia (entre 50 y 100 litros) durante 3 a 4 horas. También en el siglo XVII se plantea la realización de enemas como método mecánico de estímulo indirecto capaz de desencadenar el parto. En 1839 friederich sugiere que el masaje y succión de mamas y pezones es capaz de desencadenar un parto.

Según el sistema National Center For Helath Statistics la incidencia de inducción o conducción anual es de 9.5% en 1991 y 22.5 en el 2006. La incidencia es variable dependiendo de los sitios obstétricos. (Delgadillo, Uso del misoprostol oral, sublingual y vaginal como inducción en el trabajo de parto, en embarazos de término con feto vivo y rotura prematura de membrana, 2010)

En estudios realizados en el mundo del 2003-2006 establecen que el porcentaje de 95- 99% de un trabajo de parto se establece en índice de Bishop >7 y con índices < 4-6 el éxito del trabajo de parto es poco.

En Ecuador la valoración del índice de Bishop en la inducción o conducción se aplica de acuerdo a lo establecido en el componente normativo materno infantil del ministerio de salud pública asegurando el éxito del trabajo, dependiendo del valor que revele el índices >6 o < de 6, en cuanto a estudios referentes al índice de Bishop en la inducción o conducción Son escasos, los datos reportados de su valoración, podemos establecer que los

datos obtenidos ayudaran a revelar la importancia, de su valoración y su uso actual en el hospital Sagrado Corazón de Jesús

En cuanto a la provincia de Los Ríos los datos estadísticos acerca de la valoración de índice de Bishop en la inducto conducción son escasos y no hay estudio que revele su aplicación en las pacientes sometidas a inducto conducción por lo cual esta investigación nos ayudó a determinar el porcentaje de pacientes que se sometieron a inducto conducción con cérvix favorable y no favorable y el procedimiento que se lleva acabo.

JUSTIFICACION

En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante el año 2015 ingresaron 2.190 mujeres a sala de parto, de las cuales 213 pacientes fueron sometidas a inducción y 420 a conducción. El presente estudio investigo la aplicación del índice de Bishop en la inducción y conducción en las pacientes de la sala de parto de julio a septiembre del 2016, Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, el mismo que consistió en analizar los datos recogidos en las historias clínicas y el procedimiento aplicado en dichas pacientes atendidas con diagnóstico de distocia de dinamia uterina, parto prolongado, óbito fetal, cérvix inmaduro.

Beneficiará a las usuarias de ginecología del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, que requirieron inducción y conducción y por medio de éste estudio se pudo determinar la eficacia de la valoración del índice de Bishop y la finalización del embarazo por vía vaginal evitando la morbilidad materno infantil.

La investigación fue factible, puesto que se contó con la información requerida para su realización, así como el personal para su desarrollo. Se realizó en base de datos estadísticos ingresados, generará conocimientos actuales y de gran utilidad que permiten mejorar la calidad de atención en las usuarias sometidas a una inducto conducción, brindando a su vez seguridad en el procedimiento y salud adecuada en nuestras pacientes obstétricas que acuden a esta unidad de salud.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El problema de esta investigación se limitó al ámbito de la Salud Pública, por cuanto la aplicación de inducción y conducción sin valoración de índice de Bishop trae consecuencias directas materno infantil, afectando no solo su salud sino su entorno psicosocial, constituyendo una problemática directa en el sistema nacional de salud pública del Ecuador, el afectar al entorno materno infantil, agrava la situación de indicadores de morbimortalidad, aumentando los índice de mortalidad materno-fetal y el índice de cesáreas así como también el entorno económico del gasto de salud, puesto que a diferencia del parto vaginal genera menos complicaciones, materiales de quirófano, personal especializado que parto por cesárea.

El estudio se realizó en aquellas pacientes de parto que fueron atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, en el área de Gineco-obstetricia. En el período de julio a septiembre 2016.

DELIMITACIÓN DEL OBJETIVO A ESTUDIAR

Campo: Medicina

Área: Ginecología-valoración del índice de Bishop

Aspecto: Salud Pública

Delimitación temporal

La presente investigación analizo el registro de la eficacia del, Índice de Bishop en la inducción y conducción del trabajo de parto en el Hospital Quevedo junio/Agosto 2016.

Delimitación espacial: Esta investigación se fue realizada en el Hospital Sagrados Corazón de Jesús.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar el uso del índice de Bishop en la inducción y conducción del trabajo de parto, en el servicio de Gineco obstetricia, Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia con la que se registraron los parámetros del índice de Bishop en la Historia clínica de las pacientes a las que se realizó inducción y conducción del trabajo de parto.
- Determinar la vía del parto de acuerdo a los resultados del test de Bishop.
- Reconocer las complicaciones maternas fetales en relación al uso de los métodos de inducción y conducción de parto.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

Índice de Bishop. El índice de Bishop es el sistema que se utiliza más comúnmente que nos permite la valoración de la "Maduración cervical". Este sistema consiste en la tabulación de una puntuación que se basa en la altura de presentación además de las características en el cuello uterino tales como: dilatación, Borramiento, consistencia, y la posición. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2009)

Las mediciones son reflejadas en valores que al sumarlos nos revelan una puntuación que nos indicara la viabilidad de la inducción o conducción del parto. Con una puntuación mayor, hay más probabilidades de que la inducción sea dada de forma exitosa de esta forma el parto se dará sin complicaciones. La oxitocina es un componente crucial que nos permitirá que la dilatación cervical antes del parto y las siguientes contracciones que se obtienen en la fase secundaria y terciaria del parto, se realizara en casos determinados, por citar un ejemplo podría ser tras una rotura de membrana que no evoluciona y por esa razón desencadena los mecanismos de parto. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2009)

Sistema de puntuación de Bishop

SIGNO	0	1	2	3
DILATACION	CERRADO	1-2 cm	3-4 cm	5 cm
BORRAMIENTO	0-30%	40-50%	60-70%	80%
ESTACION	-3	-2	-1 a 0	+1 a +2
POSICION	POSTERIOR	CENTRAL	ANTERIOR	
CONSISTENCIA	DURA	MEDIA	BLANDA	

(Ministerio de salud publica , 2009)

Las posibilidades de inducción las podemos dividir de la siguiente manera.

1. Farmacológicos:

a) Prostaglandinas

- Misoprostol: Análogo sintético de la Prostaglandina E1. Tiene actividad sobre el colágeno cervical, y oxitócica sobre la fibra miometrial
- Dinoprostona: Análogo funcional de la Prostaglandina E2 (, cuyo efecto radica sobre las fibras colágenas e hidratación del cuello.

Las prostaglandinas tiene como efecto secundario, la presencia de nausea y pirexia. Están contraindicadas en glaucoma, falla renal, hepática o asma de la gestante.

- b) Valerianato de Estradiol: Algunos preparados en gel con 150mg de Valerianato de estradiol, intracervicales o en el fondo de saco son efectivos en la maduración del cuello, por la alteración del colágeno cervical, sin embargo, no es rutinario su uso.
- c) RU486: Antiprogéstágeno derivado de la noretindrona que se une al receptor, sin embargo tampoco está disponible en nuestro medio y es controvertido su efecto como madurador cervical
- d) Relaxina.
- e) Oxitocina.

2. Mecánicos:

- a) Maniobra de Hamilton: Consiste en el despegamiento de las Membranas ovulares de la decidua. Con esto se logra la liberación de Prostaglandinas y la exposición de la decidua a las secreciones vaginales.

- b) Maniobra de Krausse: Se realiza con la inserción de una Sonda de Folley en el canal endocervical, con instilación de agua en el balón de a 10 cm, cada 30 minutos, hasta completar 40 cm. Se utiliza en cuellos muy inmaduros.
- c) Laminaria Japonicun: polímero de poliacrilonitrilo. Estos dispositivos hidrofílicos se han mostrado favorables en la maduración cervical, pero tienen los inconvenientes de favorecer la infección y la ruptura prematura de membranas. Se recomienda una dosis de 5mm, sin embargo no está disponible en nuestro medio

Inducción y conducción del trabajo de parto

La inducción es la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, con o sin rotura de membranas. La conducción se refiere a la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por falla en la dilatación del cuello uterino y el descenso fetal. La incidencia anual de inducción o conducción del trabajo de parto en Estados Unidos sobrepasó el doble, Según el National Center for Health Statistics .De 9.5% en 1991 a 22.5% en 2006 (Martin et al., 2009). La incidencia depende del área obstétrica de cada institución. Por ejemplo, en el Parkland Hospital casi 35% de los trabajos de parto son llevados mediante inducción o conducción. En comparación, con el University of Alabama at Birmingham Hospital donde se induce el trabajo de parto en casi 25% de las mujeres, y el 37% recibe oxitocina para conducción, un total de 62%.

Indicaciones de la inducción en el trabajo de parto

La inducción se indica cuándo tendremos beneficios para la madre y el feto mayores que los que proporcionan continuar el embarazo. Las indicaciones son

situaciones donde se requiera atención inmediata, por ejemplo: la rotura de membranas con corioamnionitis o la preeclampsia grave.

(American College of Obstetricians and Gynecologists, 1999a). Las indicaciones más frecuentes son la rotura de membranas sin el inicio del trabajo de parto, hipertensión, estado desalentador de la frecuencia cardíaca fetal, embarazo pos término y diversos trastornos médicos de la madre, como hipertensión crónica y diabetes.

Existen otras técnicas para inducir o conducir el trabajo de parto y de igual manera se describen de forma separada.

American Academy of Pediatricsy American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007). Es necesario que cada área de obstetricia tenga sus propias pautas y protocolos para los cuidados perinatales, registrado en documentos, donde se describa la administración de oxitocina y otros uterotónicos (American Academy of Pediatricsy American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007).

Riesgos.

Los índices de complicación materna que se elevan en relación con la inducción del trabajo de parto está relacionado al nacimiento por cesárea, corioamnionitis y atonía uterina.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para inducir el trabajo de parto son parecidas a las que impiden que el trabajo de parto se inicie de forma espontánea o el parto.

Dentro de los factores fetales tenemos la gestación múltiple, macrosomía notoria, presentaciones anómalas, hidrocefalia intensa, y un estado fetal desfavorable. Por otro lado las escasas indicaciones maternas están relacionadas con el tipo de incisión uterina realizada previamente, o la distorsión de su estructura anatómica, la estrechez pélvica, placentación anómala, y demás situaciones que podrían ser una infección activa por herpes genital o cáncer cervicouterino.

Índice de parto por cesárea

(Luthy et al., 2004; Yeast et al., 1999). Ésta aumenta en nulíparas (Luthy et al., 2004; Yeast et al., 1999). Hoffman y Sciscione, 2003; Maslow y Sweeny, 2000; Smith et al., 2003). Diversos investigadores definen un aumento del riesgo del doble o triple. Estas tasas tienen relación inversa con lo favorable del cuello uterino en el momento de la inducción, que es, la calificación de Bishop (Vahratian et al., 2005; Vrouenraets et al., 2005).

(Mercer, 2005). Aunque, el madurar del cuello uterino antes de la inducción puede no reducir el índice de cesáreas en las pacientes nulíparas con un cuello uterino no favorable. En un estudio pareado retrospectivo, Hamar et al. (2001) describieron que el índice de cesáreas una vez que se ha realizado la inducción de manera electiva estuvo incrementada en mujeres que no tuvieron complicaciones previas al trabajo de parto además de una puntuación Bishop de 7 o más, lo opuesto de aquellas con un trabajo de parto espontáneo.

(Shin et al., 2004). En pacientes nulíparas que se encuentran en más de 41 semanas de gestación y vértice no encajado, el peligro de cesárea esta aumentado 13

veces, en relación con las pacientes con un vértice encajado. (Peregrine et al., 2007). No existe peligro notorio si la cabeza fetal encajada está en variedad occipitoposterior en el momento de la inducción.

Corioamnionitis

Las mujeres con inducción del trabajo de parto tienen una mayor incidencia de Corioamnionitis en comparación con las del trabajo de parto espontáneo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1999a).

Atonía uterina

La hemorragia posparto y la atonía uterina son más frecuentes en mujeres objeto de inducción o conducción del trabajo de parto. La atonía incoercible fue indicación de 33% de todos los procedimientos de cesárea con histerectomía. Esta indicación fue más habitual en mujeres con trabajo de parto inducido o conducido, o en aquellas con corioamnionitis. Shellhaas et al. (2001) publicaron los datos de casi 137 000 partos en la Maternal-Fetal Units Network. Se practicaron 146 histerectomías de urgencia posteriores al parto (casi uno por 1 000 partos vaginales, a diferencia de una por 200 cesáreas). Es importante que 41% de las histerectomías fuera consecutivo a una primera cesárea. Kastner et al. (2002) publicaron datos similares

Inducción electiva del trabajo de parto

No puede haber duda de que la inducción electiva por conveniencia del médico o la paciente se ha hecho cada vez más frecuente. Glantz (2003) calculó que 25% de las inducciones del trabajo de parto era electiva. A pesar de ello, el American College of

Obstetricians and Gynecologists (1999a) no respalda esa práctica, excepto por motivos logísticos, como el riesgo del trabajo de parto rápido, la mujer que vive a gran distancia del hospital o las indicaciones de tipo psico-social. Los autores consideran también que la inducción electiva sistemática a término no tiene justificación debido al aumento del riesgo de complicaciones maternas graves, si bien poco frecuentes.

Tita (2009) y Clark (2009), y sus respectivos colaboradores, han publicado también alteraciones patológicas neonatales adversas apreciables con el parto electivo antes de cumplir las 39 semanas y sin considerar o documentar los criterios del American College of Obstetricians and Gynecologists (2007, 2008). Si se considera la inducción electiva a término, esos riesgos deben comentarse y obtener un consentimiento informado.

Oshiro et al. (2009) implementaron pautas para desalentar los partos antes de concluir las 39 semanas. Fisch et al. (2009) también estructuraron y respaldaron pautas similares en su institución. Ambos grupos de investigadores comunicaron decrementos significativos en las tasas de partos electivos después de instituir esos criterios.

Expectativas de la inducción del trabajo de parto.

Varios factores aumentan el éxito de la inducción del trabajo de parto que incluyen multiparidad, índice de masa corporal (BMI, body mass index) ,30, cuello uterino favorable y peso del feto al nacer,3 500 g (Peregrine et al., 2006; Pevzner et al., 2009). En muchos casos, parece que el útero simplemente está mal preparado para el trabajo de parto. Un ejemplo de ello corresponde al “cuello uterino inmaduro”.

Asimismo, es probable que el incremento en las cesáreas vinculado con la inducción tenga influencia de la duración del intento de inducción, sobre todo en presencia de un cuello desfavorable. Rouse et al. (2000) publicaron las características de la inducción fallida del trabajo de parto en un protocolo de tratamiento prospectivo de 509 mujeres, de las cuales 360 eran nulíparas. La tasa de cesáreas fue de 9% en aquellas que ya habían parido, pero de 25% en las nulíparas.

Los autores concluyeron que por el requerimiento de un mínimo de 12 h de estimulación uterina con oxitocina después de la rotura de membranas, muchas nulíparas que se mantuvieron en la fase latente del trabajo de parto entre 6 y 9 h, en un momento dado iniciaron el trabajo activo y tuvieron un parto vaginal con seguridad. Simon y Grobman (2005) informaron que sólo 2% de las nulíparas nunca alcanzó la fase activa del trabajo de parto antes de la cesárea.

Ellos concluyeron que una fase latente tan prolongada como de 18 h durante la inducción, permitió que la mayoría de mujeres lograra un parto vaginal, sin aumento de importancia del riesgo de morbilidad materna o neonatal.

La duración de la inducción o la conducción del trabajo de parto y el parto exitoso ha recibido muy poca atención. Se requieren datos más precisos para comprender la amplia variedad de tratamientos individuales. Por ejemplo, Garcia et al.(2001), después del ajuste en una mezcla de casos, comunicaron que la tasa de nacimiento por cesárea era casi 30% más baja en centros médicos de enseñanza en comparación con la de hospitales comunitarios. Doyle et al (2002) señalaron que la cifra de cesáreas en un hospital comunitario era del doble con respecto a la del hospital de un condado.

Maduración del cuello uterino antes de la inducción.

El estado del cuello uterino (es decir, si es “favorable” o no) es importante para obtener buenos resultados de la inducción del trabajo de parto.

Estado favorable del cuello uterino.

Un método cuantificable que se aplica para predecir los resultados de la inducción del trabajo de parto es la calificación descrita por Bishop (1964), la cual se presenta en el una puntuación de Bishop de 9 indica una alta probabilidad de inducción exitosa. Casi todos los médicos considerarían que una mujer cuyo cuello uterino tiene 2 cm de dilatación, con 80% de borramiento, reblandecido, en posición intermedia y con el occipucio del feto en la estación -1, tendría una inducción exitosa del trabajo de parto.

Con propósitos de investigación, una puntuación de Bishop de cuatro o menos identifica un cuello desfavorable y pudiese ser indicación de un intento por madurarlo.

Como una alternativa de la puntuación de Bishop, Hatfield et al.(2007), con base en un metaanálisis de 20 estudios de valoración de la longitud del cuello por ecografía transvaginal, la usaron para predecir una inducción con buenos resultados debido a la heterogeneidad de los criterios del estudio, incluida la definición de “inducción exitosa”, los autores concluyeron que la interrogante aún no se resolvía. Ellos, al igual que Crane (2006), encontraron que la determinación de la longitud del cuello uterino por ecografía no era mejor que el uso de la puntuación de Bishop.

Por desgracia, las mujeres con mucha frecuencia tienen indicación de inducción pero con un cuello uterino desfavorable. Conforme disminuye lo favorable

del cuello o la puntuación de Bishop, hay una tasa cada vez mayor de inducción sin buenos resultados.

Por ello, se ha dedicado investigación considerable a diversas técnicas para “madurar” el cuello antes de la estimulación de las contracciones uterinas. En muchos casos, las técnicas usadas para mejorar el estado favorable del cuello uterino también estimulaban las contracciones.

Por consiguiente, éstas son susceptibles de utilizarse para inducir el trabajo de parto. Los métodos usados para la maduración del cuello uterino incluyen preparados farmacológicos y diversas modalidades de distensión.

Técnicas farmacológicas

Prostaglandinas

Por lo general, se usa la aplicación local de prostaglandina E2 (dinoprostona) para conseguir la maduración del cuello uterino (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1999a, 1999b). Su formulación en gel se presenta en una jeringa de 2.5 ml para aplicación intracervical de 0.5 mg de dinoprostona. Con la mujer en posición supina, se coloca dentro del cuello del útero la punta de una jeringa llena y se deposita el gel apenas por debajo del orificio interno del cuello uterino. Después de la aplicación, se mantiene a la paciente reclinada al menos 30 min. Las dosis pueden repetirse cada 6 h, con la recomendación de un máximo de tres en 24 h. Owen et al. (1991) llevaron a cabo un metaanálisis de 18 estudios que incluyó a 1 811 mujeres y encontraron que la prostaglandina E2 mejoraba las puntuaciones de Bishop, y cuando se utilizaba junto con oxitocina, reducía los tiempos entre inducción y nacimiento en comparación con

la oxitocina sola. Por desgracia, no se detectaron beneficios de disminución de la tasa de cesáreas.

Asimismo, tiene aprobación comercial para la maduración del cuello uterino un dispositivo de aplicación por inserción vaginal de dinoprostona de 10 mg. Ésta es una oblea polimérica rectangular plana delgada que se sujeta a un pequeño saco de poliéster de malla blanca

El saco posee una cola adherida que permite, en su caso, su retiro de la vagina. Tal dispositivo provee una liberación más lenta del medicamento (0.3 mg/h) en comparación con el gel.

Se ha publicado que en combinación con la oxitocina, estos adminículos de inserción abrevian el intervalo entre la inducción y el parto (Bolnick et al., 2004). Hay una marca comercial de la dinoprostona que se usa como dosis única con aplicación de manera transversa en el fondo del saco vaginal posterior. Debería utilizarse muy poco lubricante, si acaso, para su inserción, ya que cuando éste es excesivo puede cubrir el artefacto e impedir la liberación de dinoprostona. Ulterior a su inserción, una mujer debería mantenerse acostada durante al menos 2 h. El adminículo se retira luego de 12 h o ante el inicio del trabajo de parto.

Administración; Los preparados de prostaglandinas deben suministrarse sólo en la sala de partos o cerca, y debe mantenerse vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1995b). Estos criterios surgen por el riesgo de que los preparados de prostaglandinas causen taquisistolia uterina. Cuando las contracciones inician, suelen hacerse evidentes en la

primera hora y alcanzan actividad máxima en las primeras 4 h (Bernstein, 1991; Miller et al., 1991). Cuando Perry y Leaphart (2004) compararon la administración intracervical del dispositivo con la vía vaginal, encontraron que esta última daba como resultado un parto más rápido (11.7 a diferencia de 16.2 h).

No obstante, cuando se usaron más de dos dosis seriadas, Chan et al. (2004) informaron que 59% de las mujeres requirió cesárea urgente.

Según las instrucciones del fabricante, la inducción con oxitocina que sigue al uso de prostaglandinas para maduración del cuello uterino debe retrasarse de 6 a 12 h después de la administración de prostaglandina E.

Efectos secundarios; Se ha comunicado taquisistolia uterina después de la administración vaginal de prostaglandina E2 en 1 a 5% de las mujeres (Brindley y Sokol, 1988; Rayburn, 1989). Aunque las definiciones pueden variar entre los estudios, en la mayoría de ellos se usan los términos definidos por el American College of Obstetricians and Gynecologists (1999a) para describir la actividad uterina aumentada como sigue:

1. Taquisistolia uterina, que se define como 6 contracciones en un periodo de 10 min.
2. Hipertonía uterina, la cual se describe como la presencia de contracciones únicas que duran más de 2 min.
3. Hiperestimulación uterina es aquella de ambos tipos que lleva a un trazo desalentador de la frecuencia cardíaca fetal.

Puesto que la hiperestimulación que puede causar afección fetal tal vez ocurra cuando se usan prostaglandinas en presencia del trabajo de parto espontáneo previo, no se recomienda dicha utilización. Si la hiperestimulación ocurre con el dispositivo de

10 mg, su retiro mediante la tracción sobre la cola de la red circundante por lo general revertirá ese efecto. La irrigación para retirar el gel ha sido inútil.

Las contraindicaciones de las prostaglandinas en general incluyen asma, glaucoma o aumento de la presión intraocular. Es más, los fabricantes precaven en contra de su uso en mujeres con rotura de membranas.

Prostaglandinas E

El misoprostol es una prostaglandina E₁ sintética autorizada como tabletas de 100 o 200 mg para la prevención de la úlcera péptica. Se ha utilizado “de manera extraoficial” para la maduración del cuello uterino antes de la inducción y puede administrarse por vía oral o vaginal. Las tabletas son estables a temperatura ambiente.

Aunque se ha hecho frecuente, el uso libre de misoprostol es controvertido (Wagner, 2005; Weeks et al., 2005). En el año 2000, la G.D. Searle & Company notificó a los médicos que el misoprostol no está aprobado para la inducción del trabajo de parto o del aborto. A pesar de ello, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2000) reafirmó con rapidez su recomendación de uso del fármaco por su seguridad y eficacia comprobadas. Hoy en día, la prostaglandina es el fármaco idóneo para esos propósitos en el Parkland Hospital y en el University of Alabama at Birmingham Hospital.

Administración vaginal; Varios investigadores han comunicado que las tabletas de misoprostol colocadas en la vagina fueron más eficaces o con equivalente utilidad con respecto al gel de prostaglandina E₂ intracervical (Gemund et al., 2004; Wing et al., 1995a, 1995b). El American College of Obstetricians and Gynecologists (1999b) revisó 19

estudios con asignación al azar en los cuales más de 1 900 mujeres recibieron misoprostol intravaginal a dosis de 25 a 200 mg. Dicha institución recomendó una dosis de 25 mg (la cuarta parte de una tableta de 100 mg). El fármaco está distribuido de manera equivalente en esos cuartos de tableta.

El uso de misoprostol puede aminorar la necesidad de oxitocina para inducción, así como los intervalos entre la inducción y el parto (Sanchez-Ramos et al., 1997). Hofmeyr et al. (2003) revisaron la base de datos Cochrane y apoyan esas recomendaciones, pero previenen acerca del incremento de las tasas de hiperestimulación uterina con cambios adversos de la frecuencia cardíaca fetal con su uso. Una dosis intravaginal de misoprostol de 50 mg se vinculó con incrementos de importancia de taquisistolia, expulsión y aspiración de meconio, en comparación con el gel de prostaglandina E2 (Wing et al., 1995a, 1995b). Se encontró que una dosis de 25 mg era comparable con la dinoprostona en cuanto a complicaciones en el recién nacido (von Gemund et al., 2004). Wing et al. (1998) informaron rotura uterina con la utilización de prostaglandina E1 en mujeres con antecedente de cesárea. De hecho, Plaut et al. (1999) describieron una rotura uterina en cinco de 89 (6%) mujeres con antecedente de cesárea que fueron objeto de inducción con misoprostol. Dicho hallazgo se compara con sólo una de 423 de tales pacientes que no recibieron el misoprostol. Hoy en día, existe consenso en cuanto a que el antecedente de intervención quirúrgica uterina, con inclusión de la cesárea, contraindica el suministro de misoprostol (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004).

Administración oral; Las tabletas de prostaglandina E1 también son eficaces cuando se proporcionan por vía oral. Windrim et al. (1997) publicaron que el misoprostol oral tiene eficacia similar para la maduración del cuello uterino que el

preparado de aplicación intravaginal para la maduración del cuello uterino. Wing et al. (2000) y Hall et al. (2002) comunicaron que una dosis oral de 100 mg era tan eficaz como la intravaginal de 25 mg.

Inducción del trabajo de parto con prostaglandinas E; Es posible usar tanto misoprostol vaginal como oral para la maduración del cuello uterino o inducción del trabajo de parto. Hofmeyer y Gul-mezoglu (2007) efectuaron una revisión sistemática de Cochrane y encontraron que el misoprostol vaginal, seguido por oxitocina, de ser necesario, era mejor que esta última sola para inducir el trabajo de parto. Las tasas de cesárea fueron variables. En algunos estudios, se demostraron menores tasas con el misoprostol, en tanto en otros no se hallaron diferencias en cuanto a las cifras. Parece que 100 mg de misoprostol oral o 25 mg del preparado vaginal tienen eficacia similar a la de la oxitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto en mujeres con embarazo a término o cerca de éste, con rotura prematura de membranas o cuello con características favorables (Lin et al., 2005; Lo et al., 2003). El misoprostol puede vincularse con una mayor tasa de hiperestimulación.

Además, la inducción con prostaglandina E (PGE1, prostaglandin E1) tal vez sea ineficaz y quizá requiera una conducción subsiguiente con oxitocina. Por tanto, hay discrepancias acerca de los riesgos, los costos y la facilidad de administración de los dos fármacos, pero cualquiera es adecuado para la inducción del trabajo de parto. Para la conducción del trabajo de parto, los resultados de un estudio piloto hallaron que el misoprostol oral, 75 mg a intervalos de 4 h durante un máximo de dos dosis, era seguro y eficaz (Villano et al., 2010)

Donadores de óxido nítrico.

Varios datos hallados han conducido a la búsqueda de fármacos que estimulen la producción local de óxido nítrico (NO, nitric oxide) con propósitos clínicos (Chanrachakul et al., 2000). En primer término, el NO es posiblemente un mediador de la maduración del cuello uterino. También los metabolitos del cuello uterino del NO están aumentados al inicio de las contracciones uterinas. Finalmente, la producción del cuello uterino de dicho compuesto es muy baja en el embarazo postérmino (Väisänen-Tommiska et al., 2003, 2004). Bullarbo et al. (2007) analizaron recientemente los motivos y la utilización de los donadores de NO, mononitrato de isosorbida y trinitrato de glicerilo. El primero induce a la ciclooxigenasa 2 del cuello uterino (Ekerhovd et al., 2002). También induce un arreglo de la ultraestructura cervicouterina, similar al observado con la maduración espontánea del cuello uterino (Thomson et al., 1997; Ekerhovd et al., 2003). Los estudios clínicos no han mostrado que los donadores de NO sean tan eficaces como la prostaglandina E₂ para conseguir la maduración del cuello uterino (Chanrachakul et al., 2001; Osman et al., 2006). La adición de mononitrato de isosorbida a la dinoprostona o el misoprostol no cambió la maduración del cuello uterino en etapas tempranas del embarazo o a término, tampoco abrevió el intervalo hasta el parto vaginal (Collingham, 2009; Ledingham, 2001; Wölfler, 2006 y sus respectivos colaboradores).

Técnicas mecánicas

Sonda transcervical; Se puede colocar una sonda Foley a través del orificio interno del cuello uterino. La tensión descendente que se emplea al adherir la sonda

al muslo puede llevar a la maduración del cuello uterino. Una modificación de esta técnica, llamada infusión de solución salina ex-traamniótica (EASI, extra-amnionic saline infusion), corresponde a la administración constante de solución salina a través de la sonda hacia el espacio entre el orificio interno del cuello uterino y las membranas placentarias. La colocación de la sonda con o sin administración continua de solución salina produce cambios en el cuello uterino más favorables y con frecuencia estimula las contracciones (Guinn et al., 2004). Sherman et al. (1996) resumieron los resultados de 13 estudios con sondas con punta de globo para la dilatación del cuello uterino. Concluyeron que con o sin infusión de solución salina, el método mejoraba rápido las puntuaciones de Bishop y acortaba el trabajo de parto. Karjane et al.(2006) informaron que la corioamnionitis era menos habitual cuando se aplicaba la infusión, en comparación a cuando esto no se llevaba a cabo, es decir, 6% en comparación con 16%.

Inducción del trabajo de parto; En especial junto con la infusión de solución salina, la técnica de la sonda transcervical también es eficaz para iniciar el trabajo de parto y se han efectuado varios estudios comparativos. Chung et al. (2003) asignaron al azar a 135 mujeres para inducción del trabajo de parto por medio de misoprostol vaginal, aplicación de una sonda de Foley extraamniótica intrauterina con globo de 30 ml o ambos tratamientos. Los resultados fueron similares en los tres grupos y no hubo beneficio evidente de la combinación de las dos técnicas. Por el contrario, Culver et al. (2004) compararon la oxitocina más una sonda de Foley intracervical con 25 µg de misoprostol de administración vaginal cada 4 h en pacientes con una puntuación de Bishop menor de seis. El intervalo promedio entre inducción y parto fue mucho más breve en el grupo con sonda más oxitocina, de 16 h a diferencia de 22 h. Levy et al. (2004) publicaron

que el uso de un globo de sonda Foley transcervical de 80 ml era notoriamente más eficaz en comparación con la utilización del globo con 30 ml para la maduración del cuello uterino.

Infusión de solución salina extramniotica;

Esta técnica ha sido motivo de informe de mejoría notable de la puntuación de Bishop y decremento del tiempo entre la inducción y el parto en comparación con: (1) tabletas de misoprostol intravaginal de 50 mg; (2) 0.5 mg de prostaglandina E2 intracervical; (3) miso-prostol, 50 mg por vía oral (Goldman y Wigton, 1999; Vengalil et al., 1998). En otro estudio Guinn et al. (2000), se asignaron al azar a pacientes para suministrarles prostaglandina E2 intracervical, tallo de laminaria más oxitocina intravenosa o EASI más oxitocina. La tasa de cesáreas fue similar con las tres intervenciones. El tiempo promedio entre inducción y parto, de 18 h con la infusión por sonda, fue significativamente menor que las 21 h con laminaria más oxitocina y de 25 h con prostaglandina E2 en gel.

En un estudio de seguimiento, Sciscione et al. (2004) concluyeron que la maduración del cuello uterino con una sonda de Foley no aumentaba el riesgo de parto pre término en un embarazo subsiguiente.

Dilatadores higostropicos del cuello uterino.

Se ha logrado la dilatación del cuello uterino con dilatadores higroscópicos osmóticos, como se describe para el aborto del primer trimestre del embarazo. Estos dilatadores mecánicos se han utilizado con buenos resultados durante mucho tiempo cuando se insertan antes de la interrupción del embarazo (Hale y Pion, 1972). En fecha

más reciente, se han usado también para la maduración del cuello uterino antes de la inducción del trabajo de parto. No se han verificado las preocupaciones empíricas en cuanto a una infección ascendente. Por tanto, su uso parece seguro, aunque ha habido reacciones anafilácticas después de la inserción de tallos de laminaria (Cole y Bruck, 2000; Nguyen y Hoffman, 1995). Lo atractivo de los dilatadores es su bajo costo y la facilidad de su colocación y retiro. Gilson et al. (1996) comunicaron una mejoría rápida de las condiciones favorables del cuello uterino en mujeres asignadas al azar para uso de dilatadores higroscópicos antes de la inducción con oxitocina. Sin embargo, no hubo efecto beneficioso sobre la tasa de partos vaginales o los tiempos entre la inducción y el parto en comparación con las mujeres que recibieron sólo oxitocina.

En el estudio con asignación al azar citado, Guinn et al. (2000) comunicaron un mayor intervalo entre inducción y parto con los dilatadores del cuello uterino más oxitocina en comparación con EASI más oxitocina.

Maniobra De Hamiltón

Es una práctica frecuente la inducción del trabajo de parto por “despegamiento” de las membranas o maniobra de Hamiltón. McColgin et al. (1990) publicaron que el despegamiento era seguro y disminuía la incidencia de embarazo postérmino. Mostraron cifras séricas notoriamente aumentadas de prostaglandinas endógenas con el despegamiento (McColgin et al., 1993). Allott y Palmer (1993) distribuyeron al azar a 195 mujeres con embarazos normales mayores de 40 semanas para la exploración digital del cuello con o sin despegamiento de membranas. Se revisó a las pacientes como externas. Sesenta y seis por

ciento de aquellas que fueron objeto de despegamiento inició el trabajo de parto espontáneo en las 72 h siguientes, en comparación con 33% del otro grupo. La incidencia de membranas rotas, infección y hemorragia no aumentó. Es importante señalar que la inducción subsiguiente por embarazo postérmino a las 42 semanas fue mucho menor cuando se llevó a cabo despegamiento.

Resumen de la maduración del cuello uterino antes de la inducción

Estas técnicas se usan de manera amplia cuando hay indicación de inducción del trabajo de parto en una mujer con un “cuello uterino inmaduro”. Algunas de estas técnicas de pre inducción descritas pueden tener beneficios en comparación con la inducción sólo con oxitocina

Algunas son bastante exitosas para la inducción. Dicho esto, hay pocos datos que apoyan la premisa de que cualquiera de esas técnicas produzca disminución de la tasa de cesárea o aminore la morbilidad materna o neonatal, en comparación con pacientes en quienes no se utilizan esas técnicas.

Inducción y conducción del trabajo de parto con oxitocina

En la mayoría de los casos, la maduración del cuello uterino antes de la inducción y la inducción del trabajo de parto son simplemente un proceso continuo. De lo contrario, no obstante, se pueden continuar la inducción o la conducción con soluciones intravenosas diluidas de oxitocina aplicadas por bomba de infusión

La oxitocina sintética es uno de los fármacos de utilización más frecuente en Estados Unidos. Fue la primera hormona polipeptídica sintetizada, logro por el cual se asignó el Premio Nóbel de Química en 1955 (du Vigneaud et al., 1953). En cuanto al trabajo de parto, puede usarse para su inducción o conducción.

Con el uso de oxitocina, el American College of Obstetricians and Gynecologists (1999a) recomienda una vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones similar a la de cualquier embarazo de alto riesgo. Es posible vigilar las contracciones con palpación o por medios electrónicos de registro de la actividad uterina (cap. 18, pág. 437). Una desventaja de la palpación es que no permite cuantificar con exactitud la presión de las contracciones (Arrabal y Nagey, 1996).

Técnicas

Administración intravenosa de oxitocina

El propósito de la inducción o la conducción es conseguir una actividad uterina suficiente para generar cambios del cuello uterino y el descenso fetal, en tanto se impide la aparición de un estado fetal desalentador. La oxitocina debe discontinuarse si el número de contracciones persiste con una frecuencia mayor de cinco en un periodo de 10 min o siete en uno de 15 min así como en presencia de patrones desalentadores persistentes de la frecuencia cardíaca fetal. La discontinuación de la oxitocina casi siempre aminora la frecuencia de las contracciones con rapidez. Cuando se interrumpe la administración de oxitocina, su concentración en plasma decrece rápido porque su vida media es de casi 5 min. Seitchik et al. (1984) encontraron que hay una respuesta uterina en 3 a 5 min después de iniciada la inyección de oxitocina en

solución y que se alcanza un estado constante en plasma en 40 min. La respuesta depende de la actividad uterina previa, el estado del cuello uterino, la duración del embarazo y las diferencias biológicas individuales. Caldeyro Barcia y Poseiro (1960) informaron que la respuesta uterina a la oxitocina aumenta de las 20 a 30 semanas y lo hace de manera rápida a término.

Dosis de oxitocina; El propósito de la inducción o la conducción es conseguir una actividad uterina suficiente para generar cambios del cuello uterino y el descenso fetal, en tanto se impide la aparición de un estado fetal desalentador. La oxitocina debe discontinuarse si el número de contracciones persiste con una frecuencia mayor de cinco en un periodo de 10 min o siete en uno de 15 min así como en presencia de patrones desalentadores persistentes de la frecuencia cardíaca fetal. La discontinuación de la oxitocina casi siempre aminora la frecuencia de las contracciones con rapidez. Cuando se interrumpe la administración de oxitocina, su concentración en plasma decrece rápido porque su vida media es de casi 5 min. Seitchik et al. (1984) encontraron que hay una respuesta uterina en 3 a 5 min después de iniciada la inyección de oxitocina en solución y que se alcanza un estado constante en plasma en 40 min. La respuesta depende de la actividad uterina previa, el estado del cuello uterino, la duración del embarazo y las diferencias biológicas individuales. Caldeyro Barcia y Poseiro (1960) informaron que la respuesta uterina a la oxitocina aumenta de las 20 a 30 semanas y lo hace de manera rápida a término administración rápida, debe colocarse el catéter con interruptor cerca del sitio de venopunción.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (1999a) recomienda varios esquemas de oxitocina para la estimulación del trabajo de parto

Al inicio, sólo se utilizaban variaciones de esquemas de dosis baja en Estados Unidos. En 1984, O'Driscoll et al. (1984), de Dublín, describieron un esquema para la atención activa del trabajo de parto que señalaba la utilización de oxitocina a una dosis de inicio de 6 mU/min con incremento en la misma cantidad a intervalos regulares. Estudios comparativos ulteriores realizados durante el decenio de 1990 permitieron comparar los esquemas de alta dosis (4 a 6 mU/min) con los ordinarios de dosis baja (0.5 a 1.5 mU/min) tanto para inducción como para conducción del trabajo de parto.

Del Parkland Hospital, Satin et al. (1992) valoraron un esquema de oxitocina con uso de una dosis inicial y de aumento periódico de 6 mU/min en comparación con una de 1 mU/min correspondiente.

Los incrementos se llevaron a cabo a intervalos de 20 min, según fuese necesario. De las 1 112 mujeres con inducción del trabajo de parto, el esquema de 6 mU/min dio como resultado un periodo más breve entre el ingreso y el parto, menos inducciones fallidas y ningún caso de septicemia neonatal. De las 1 676 pacientes con conducción del trabajo de parto, aquellas que recibieron el esquema de 6 mU/min tuvieron un intervalo más breve hasta el momento del parto, menos aplicaciones de fórceps, un número más reducido de cesáreas por distocia y menos corioamnionitis durante el parto o septicemias neonatales. Con dicho esquema, la hiperestimulación uterina se trata por discontinuación de la oxitocina, seguida por su reinicio cuando esté indicado, a la mitad de la dosis en que se interrumpió. Después la dosis se incrementa en 3 mU/min cuando se considera apropiado en lugar de los 6 mU/min en mujeres sin hiperestimulación. No se observaron efectos adversos neonatales. Xenakis et al. (1995) publicaron los beneficios del uso de un esquema creciente de oxitocina con inicio en 4 mU/min. En un

estudio comparativo de 1 307 mujeres efectuado por Merrill y Zlatnik (1999), se asignaron al azar 816 pacientes para la inducción del trabajo de parto y otras 816 para conducción con oxitocina en dosis crecientes administradas a razón de 1.5 o 4.5 mU/min por intervalo.

Las mujeres asignadas al azar para recibir la dosis de 4.5 mU/min tuvieron duraciones promedio muchos menores entre la inducción y el segundo periodo del trabajo y entre la inducción y el nacimiento. Las nulíparas, distribuidas al azar para la dosis de 4.5 mU/min presentaron una tasa de cesáreas por distocia más reducida en comparación con aquellas que recibieron 1.5 mU/min, con 5.9 en comparación con 11.9%.

Por tanto, los beneficios favorecen los esquemas con dosis más alta, de 4.5 a 6 mU/min, en comparación con los de dosis bajas, de 0.5 a 1.5 mU/min. En 1990, se incorporó la administración sistemática de 6 mU/min de oxitocina como dosis de inicio e incremento periódico en el Parkland Hospital y continúa usándose hoy. En la University of Alabama en Birmingham se utiliza un esquema de 2 mU/min como inicio y con incremento periódico igual. En ambos casos, esas dosis se utilizan para inducción o conducción del trabajo de parto.

Intervalo entre los incrementos de dosis

Los intervalos para aumentar las dosis de oxitocina varían de 15 a 40 min (cuadro 22-2). Satin et al. (1994) abordaron este aspecto con un esquema de 6 mU/min e incrementos cada 20 a 40 min. Las mujeres asignadas al esquema con intervalo de 20 min para conducción del trabajo de parto manifestaron una disminución de importancia en la tasa de cesáreas por distocia en comparación con el esquema de intervalo de 40 min, de 8%

a diferencia de 12%. Como quizá pudiera esperarse, la hiperestimulación uterina fue mucho más frecuente con el esquema de 20 min.

Otros investigadores señalan incrementos a intervalos todavía más frecuentes. Frigoletto et al.

(1995) y Xenakis et al. (1995) empezaron la administración de oxitocina a razón de 4 mU/min con aumentos según fuese necesario cada 15 min. Merrill y Zlatnik (1999) empezaron con 4.5 mU/min y efectuaron incrementos cada 30 min. López-Zeno et al. (1992) comenzaron con 6 mU/min y llevaron a cabo aumentos cada 15 min. Así, hay varios esquemas aceptables de administración de oxitocina que parecen algo disímiles. Pero una comparación de esquemas en dos de las instituciones donde se des-empeñan los autores no indica esto:

1. El esquema del Parkland Hospital recomienda una dosis inicial de oxitocina de 6 mU/min con incrementos de la misma cantidad cada 40 min, pero se proporciona una dosificación flexible con base en la hiperestimulación.
2. El protocolo de la University of Alabama en Birmingham inicia con oxitocina a razón de 2 mU/min y se aumenta según sea necesario cada 15 min a 4, 8, 12, 16, 20, 25 y 30 mU/min.

De esta manera, si bien estos dos esquemas parecen dispares al principio, de no existir actividad uterina con cualquiera de ambos se estarían administrando en infusión 12 mU/min a los 45 min.

Dosis máxima

La dosis máxima eficaz de oxitocina para alcanzar contracciones adecuadas en todos los casos es distinta. Wen et al. (2001) estudiaron 1 151 nulíparas y encontraron que la posibilidad de avance hasta un parto vaginal decrece a una dosis de 36 mU/min o mayor. Con la oxitocina a razón de 72 mU/min, 50% de las nulíparas tuvo partos vaginales. De esta manera, si las contracciones no son adecuadas con menos de 200 U Montevideo, y si el estado fetal es alentador y el trabajo de parto se detuvo, la administración de una dosis de oxitocina en solución mayor de 48 mU/min no conlleva riesgos evidentes.

Riesgos en comparación con beneficios

A menos que el útero tenga cicatrices, la rotura uterina vinculada con la administración de oxitocina es inusual, incluso en multíparas. Flannelly et al. (1993) no registraron roturas uterinas con o sin oxitocina en 27 829 nulíparas. Hubo ocho casos de rotura manifiesta del útero durante el trabajo de parto entre 48 718 mujeres con parto previo, pero sólo uno vinculado con la utilización de dicho fármaco.

La oxitocina tiene homología de aminoácidos con la arginina-vasopresina y por ello no es de sorprender que se presente actividad antidiurética de importancia y cuando se administra a razón de 20 mU/min o más, la depuración renal de agua libre decrezca de manera notoria. Si se inyectan soluciones acuosas en cantidades apreciables junto con oxitocina, la intoxicación por agua puede originar crisis convulsivas, coma e incluso la muerte. En general, si se ha de suministrar oxitocina en dosis altas durante un periodo considerable, debería aumentarse su concentración en

lugar de la velocidad de administración de una solución más diluida. Asimismo, es indispensable considerar el uso de solución salina normal o de Ringer con lactato en esas circunstancias.

Presiones de las contracciones uterinas

Las fuerzas de contracción en mujeres con trabajo de parto espontáneo van de 90 a 390 U Montevideo. Como se analiza en el capítulo 20, estas últimas se calculan al restar la presión basal uterina de la de contracción máxima en cada una, durante un lapso de 10 min. Las presiones generadas por cada contracción se suman entonces. Caldeyro-Barcia et al. (1950), así como Seitchik et al. (1984) encontraron que la media o la mediana del tipo de contracciones uterinas espontáneas que generan avance hasta un parto vaginal era entre 140 y 150 U Montevideo.

En el tratamiento de la detención de la fase activa del parto y sin contraindicación de la oxitocina intravenosa, deben tomarse decisiones con el conocimiento de los límites más altos seguros de la actividad uterina. Hauth et al. (1986) describieron un esquema eficaz y seguro de conducción con oxitocina para la detención en la fase activa, con el cual más de 90% de las mujeres logró un promedio de al menos 200 a 225 U Montevideo. Hauth et al. (1991) publicaron después que casi todas las pacientes en quienes persistió la detención de la fase activa a pesar de la administración de oxitocina, generaron más de 200 U Montevideo. Es importante notar que a pesar de la ausencia de avance del trabajo de parto, no se detectaron efectos adversos maternos o del recién nacido ulteriores a la cesárea. No se cuenta con datos en cuanto a la

seguridad y la eficacia precisa de los tipos de contracción en subgrupos de mujeres con antecedente de cesárea, embarazo gemelar o sobredistensión uterina.

Duración de la administración de oxitocina (detención de la fase activa)

Las fuerzas de contracción en mujeres con trabajo de parto espontáneo van de 90 a 390 U Montevideo.

Las presiones generadas por cada contracción se suman en-tonces. Caldeyro-Barcia et al. (1950), así como Seitchik et al.(1984) encontraron que la media o la mediana del tipo de contracciones uterinas espontáneas que generan avance hasta un parto vaginal era entre 140 y 150 U Montevideo.En el tratamiento de la detención de la fase activa del parto y sin contraindicación de la oxitocina intravenosa, deben tomarse decisiones con el conocimiento de los límites más altos seguros de la actividad uterina. Hauth et al. (1986) describieron un esquema eficaz y seguro de conducción con oxitocina para la detención en la fase activa, con el cual más de 90% de las mujeres logró un promedio de al menos 200 a 225 U Montevideo. Hauth et al. (1991) publicaron después que casi todas las pacientes en quienes persistió la detención de la fase activa a pesar de la administración de oxitocina, generaron más de 200 U Montevideo. Es importante notar que a pesar de la ausencia de avance del trabajo de parto, no se detectaron efectos adversos maternos o del recién nacido ulteriores a la cesárea. No se cuenta con datos en cuanto a la seguridad y la eficacia precisa de los tipos de contracción en subgrupos de mujeres con antecedente de cesárea, embarazo gemelar o sobredistensión uterina luz por vía vaginal. Como se describió en el capítulo 20, estos y otros estudios sustentan la práctica de permitir una detención de la fase activa de 4 h (Rouse et al., 2001). Solheim et al. (2009)

también respaldan la calidad y la eficacia en cuanto a costo de dejar que ocurra una detención de la fase activa durante 4 h. Zhang et al. (2002) analizaron la duración del trabajo de parto desde los 4 cm de dilatación hasta el momento en que ésta se completa en 1 329 nulíparas con embarazo a término. Encontraron que antes de alcanzar la dilatación de 7 cm, la falta de avance durante más de 2 h no era inusual en quienes dieron a luz por vía vaginal. Alexander et al. (2002) comunicaron que la analgesia epidural prolongaba el trabajo de parto activo durante 1 h en comparación con la duración de la fase activa definida por Friedman (1955). El considerar esos cambios en la atención del trabajo de parto, sobre todo en nulíparas, pudiese disminuir con seguridad la tasa de cesáreas.

Amniotomía

Una indicación frecuente de la rotura artificial de las membranas (amniotomía quirúrgica) abarca la necesidad de registro directo de la frecuencia cardíaca fetal, las contracciones uterinas, o ambas cosas. Durante la amniotomía, para reducir el riesgo de prolapso del cordón, se debe tener cuidado de evitar desalojar la cabeza fetal. La compresión suprapúbica, fúndica, o ambas, tal vez disminuyan el riesgo de prolapso del cordón. Algunos clínicos prefieren romper las membranas durante una contracción. Si el vértice no está bien ajustado al segmento uterino inferior, se puede lograr una pérdida gradual del líquido amniótico mediante varias punciones de membranas con una aguja de calibre 26, sostenida con una pinza de anillos y bajo visualización directa a través de un espejo vaginal. En muchas de tales punciones, sin embargo, las membranas se

rompen y se pierde líquido con rapidez. Es indispensable valorar la frecuencia cardíaca fetal antes e inmediatamente después de la amniotomía.

Amniotomía electiva

Con mucha frecuencia, se lleva a cabo la rotura de membranas con la intención de acelerar el trabajo de parto. En los estudios presentados en el

Con mucha frecuencia, se lleva a cabo la rotura de membranas con la intención de acelerar el trabajo de parto. En los estudios presentados en el trabajo de parto espontáneo durante 1a 2 h. Es importante que no aumentara la utilización de la conducción con oxitocina o la tasa global de cesáreas. Si bien los tipos de compresión leve a moderada del cordón se incrementaron luego de la amniotomía, la cesárea por sufrimiento fetal no lo hizo. De importancia máxima, no se presentaron efectos perinatales adversos.

Inducción por Amniotomía

La rotura artificial de las membranas, en ocasiones denominada inducción quirúrgica, se puede usar para inducir el trabajo de parto e implica una obligación con respecto al parto. La principal desventaja de la amniotomía cuando se utiliza sola para inducir el trabajo de parto, es el intervalo impredecible y a veces prolongado hasta el inicio del mismo. Dicho esto, en un estudio con asignación al azar, Bakos y Bäckström (1987) encontraron que la amniotomía sola y en combinación con oxitocina era mucho mejor en comparación con la administración aislada de la hormona. Mercer et al. (1995) distribuyeron de manera aleatoria a 209 mujeres bajo inducción con oxitocina ya fuera para amniotomía temprana, con 1 o 2 cm de dilatación, o para amniotomía tardía,

con 5 cm. La amniotomía temprana se vinculó con un trabajo de parto 4 h más reducido. No obstante, hubo mayor incidencia de corioamnionitis con la amniotomía temprana.

Conducción por medio de amniotomía

Es práctica frecuente efectuar la amniotomía en presencia de un trabajo de parto anormalmente lento. Rouse et al. (1994) encontraron que la amniotomía con conducción por oxitocina por detención de la fase activa del trabajo de parto, abrevió el intervalo hasta el nacimiento por 44 min, a diferencia de la oxitocina sola. No obstante, la amniotomía no modificó la vía del parto, pero una desventaja fue que aumentó de manera notoria la incidencia de Corioamnionitis.

VARIABLES

Índice de Bishop.

Inducción

Conducción

Complicaciones maternas y fetales

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLES: ÍNDICE DE BISHOP

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Técnica de verificación de madurez del cérvix uterino y la altura de la presentación, que se usa previo a una inducción o conducción para favorecer el éxito del trabajo de parto	Registro de los Componentes del Bishop	Dilatación Borramiento Posición Consistencia Altura de la presentación	SI/ NO SI/ NO SI/ NO SI/ NO SI/ NO
	Registro de la Puntuación de Bishop	Puntaje de los componentes del índice de Bishop	>6 Inducción <6 Conducción

VARIABLE: MÉTODOS DE INDUCCIÓN

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
INDUCCIÓN Métodos que consiste en generar contracciones uterinas en una paciente sin trabajo ni modificaciones cervico uterina.	Grupo de edad	Número de años cumplidos	15-20 años
			21-25 años
			26-30 años
			31-35 años
	Paridad	Número de partos	Nulípara
			Múltipara
	Uso del Método Mecánico	Sonda Foley	Si/No
		Maniobra Hamilton	Si/No
	Uso del método farmacológico	Oxitocina	Si/No
		Misoprostol	Si/No

MÉTODO DE CONDUCCIÓN

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
CONDUCCIÓN Métodos que consiste en mejorar contracciones uterinas necesarias en un trabajo de parto.	Grupo de edad	Número de años cumplidos	15-20 años
			21-25 años
			26-30 años
			31-35 años
	Paridad	Número de partos	Nulípara
			Múltipara
	Uso del método farmacológico	Oxitocina	Si/No
		Misoprostol	Si/No

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Causa que provoca riesgo vital para la madre y el feto durante el embarazo, parto y posparto.	Tipo de complicaciones Maternas	Desgarro del canal de parto	Si /No
		Hemorragia posparto	Si /No
		Retención placentaria	Si /No
	Tipo de complicaciones Fetales	Apgar bajo	Si /No
		Hipoxia fetal	Si /No
		Muerte fetal	Si /No

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo

ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Cantón Quevedo, Provincia Los Ríos

TIEMPO DE ESTUDIO:

Julio a Septiembre del 2016

UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Universo: constituido por 400 mujeres embarazadas que ingresaron a la sala de parto del Hospital Sagrado Corazón De Jesús De Quevedo durante el período Julio-Septiembre 2016

Población: 179 pacientes en las cuales se realizó inducción o conducción de parto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que ingresaron a parto para inducción y conducción.
- Pacientes con desviación de la curva de alerta del partograma.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes con Historia clínica incompletas.

Pacientes con evolución de parto normal.

Pacientes con parto por cesárea uterina

Mujeres menores de 15 años

Mujeres mayores de 35 años

MÉTODOS E INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

FUENTE DE INFORMACIÓN:

La información complementaria fue de tipo secundaria por tratarse del libro de registro de parto, Historias Clínicas de pacientes en las cuales se realizó inducción o conducción.

MÉTODO:

Se solicitó por medio de oficio dirigido a la directora del Hospital Sagrado Corazón de Jesús el permiso para obtener la información de la Historias clínica de las pacientes de parto, periodo julio/Septiembre 2016.

La recolección de la información se basó en las variables estudiadas como índice de Bishop, Métodos inducción, conducción complicaciones maternas y fetales.

Las edades maternas establecidas fueron en base al formato que utilizan en el libro de registro de parto para la recolección de datos estadísticos del Hospital sagrado corazón de Jesús.

En el test de Apgar para la valoración las complicaciones del recién nacido se utilizó la clasificación establecida por los protocolos del MSP y registradas en el libro de parto e Historia clínica materna.

TÉCNICA É INSTRUMENTO:

Técnica, fichaje que permitió recolección de datos como edad, paridad, componentes del índice de Bishop, método de finalización del embarazo, tipo de inducción, conducción, complicaciones maternas y fetales de las pacientes de inducción y conducción.

El instrumento que se utilizó en el presente trabajo fue una ficha de recolección (Anexo1), que sirvió para obtener los datos de la valoración del Índice de Bishop en la inducción y conducción registrados en la Historia Clínica.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó las Historias clínicas y libro de registro de las pacientes de parto, servicio de Gineco obstetricia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que requirieron aplicación del índice de Bishop en inducción y conducción de parto, en el período Julio/Septiembre 2016.

MÉTODO DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información que obtenida de forma manual en la ficha de recolección, fue procesada con el programa de Microsoft Excel 2013, para realización de tablas, gráficos de barras o diagrama de sectores con porcentajes con la finalidad de facilitar su tabulación e interpretación con el respectivo análisis de resultados de la investigación del problema identificado y objetivos planteados.

Además se utilizó el programa Plagiarism Checker X Originality para detectar el posible plagio permitiendo corroborar si es auténtica la investigación.

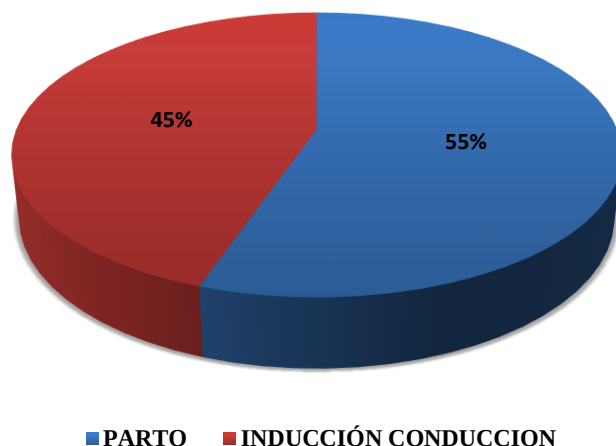
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de esta investigación se guardó la confidencialidad de la información de las historias clínicas.

Se contó con la autorización previa de las autoridades del Hospital Sagrado Corazón de Jesús Quevedo, como parte del compromiso ético se devolverá esta información a la institución.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS QUEVEDO DE JULIO A AGOSTO DEL 2016.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la población total de 400 pacientes ingresadas para parto vaginal el 45% corresponde a 179 pacientes que requirieron valoración del índice de Bishop para decidir la inducción y conducción de parto, debido a dilatación estacionaria, embarazo prolongado, anomalías fetales incompatibles con la vida, mientras 221 pacientes correspondientes a 55% no fue necesario la valoración, debido a que evolucionaron de forma espontánea al parto.

TABLA N° 1 REGISTRO DE LOS COMPONENTES DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO

ÍNDICE DE BISHOP	REGISTRO			
	SI		No	
DILATACIÓN	N°	%	N°	
	179	100%	0	
				%
BORRAMIENTO	179	100%	0	%
POSICIÓN	158	85%	21	5%
CONSISTENCIA	163	92%	16	%
ALTURA DE LA PRESENTACIÓN	179	100%	0	%

Fuente: Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng.

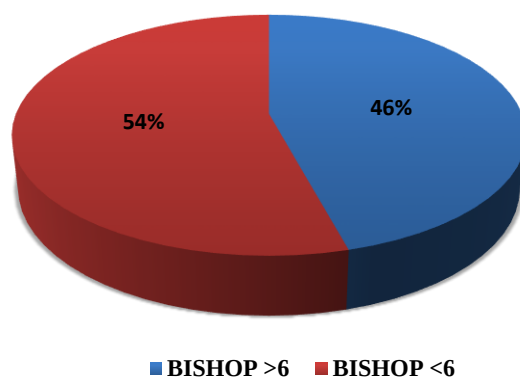
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Tabla N° 1: Podemos observar que las 179 pacientes en las que se aplicó la valoración del índice de Bishop para inducción o conducción se observó que el componente de dilatación, borramiento y altura de la presentación fue valorado en todas las pacientes en un 100% mientras que el componente de posición del cuello uterino solo se realizó en 158 pacientes correspondiendo al 85% de valoración, en cuanto a la consistencia de cérvix se midió en 163 pacientes que corresponde al 92%, y no se registró o valoró en 8%, se puede mencionar que 3 especialistas en Gineco obstetricia de esta unidad de salud manifestaron que las pacientes de esta región poseen un cérvix posterior por lo cual debido a su experiencia estos componentes no variaban en los resultados esperados en cuanto al parto vaginal.

**TABLA N° 2 REGISTRO DE LA PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP
EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO.**

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCETAJE
BISHOP >6	82	46%
BISHOP <6	97	54%
TOTAL	179	100%

GRÁFICO N °2



Fuente: Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng.

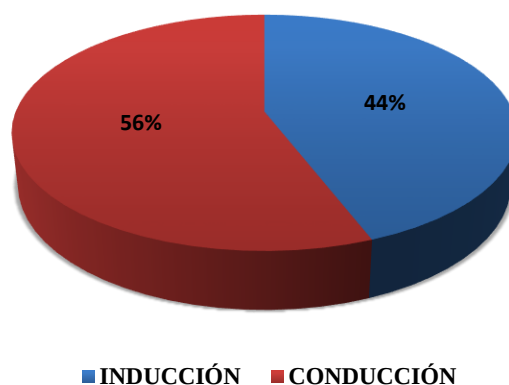
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N. 2 El 54% de las embarazadas presentaron índice de Bishop <6 correspondiente a 92 valoraciones, mientras que el 46% pertenece a 82 pacientes con Bishop >6, estableciendo que las pacientes con Bishop < 6 cérvix desfavorables y con Bishop > 6 favorable, comparándolas con el estudio “uso de índice de Bishop para predecir el parto vaginal” de la revista CEPES Cubana revela que Bishop > 8, tuvo un 87% de éxito de un parto vaginal frente a la puntuación Bishop < 5 tuvo un 31,3% correlacionando que la puntuación de Bishop es importante previo a realizar inducción y conducción (Laughon, Zhang, Troendle, Sun, & Reddy, 2011)

TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDUCCIÓN	79	44%
CONDUCCIÓN	100	56%
TOTAL	179	100%

GRÁFICO N° 3



Fuente: Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016

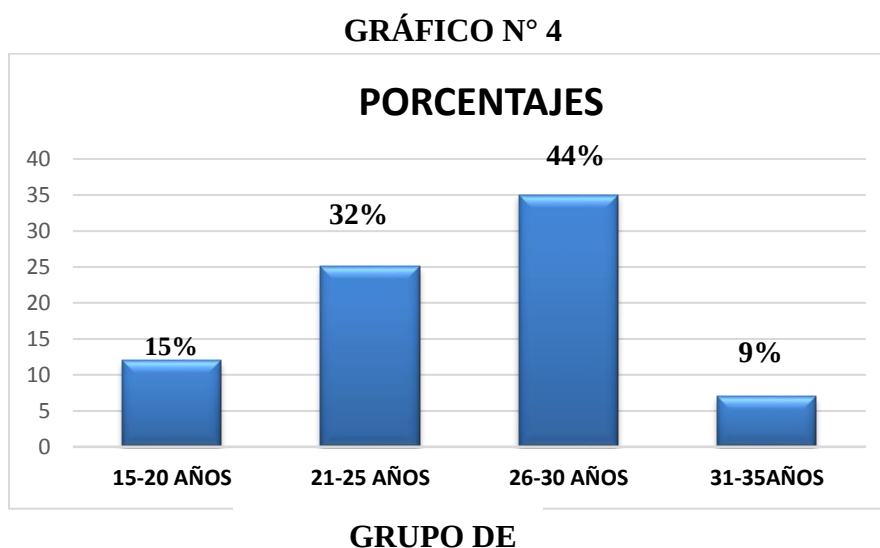
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N. 3 se puede observar que 56% embarazadas se realizó conducción y 44% inducción, mencionando que los procedimientos aplicados de los Gineco obstetras se basó en la puntuación de Bishop y sus experiencias, comparándolas con el estudio “Inducción del trabajo de parto con Misoprostol Vs. Oxitocina”, Revista Colombiana Colombia médica de Obstetricia y Ginecología 2011, revelan que el éxito de la inducción o conducción del parto, se ha encontrado estrechamente relacionado con las condiciones del cuello uterino asegurando el éxito del procedimiento y parto vaginal. (Arrieta*, Yances, Ciodaro**, & Peñaranda, 2011)

TABLA N°4 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA PACIENTE.

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20	12	15%
21-25	25	32%
26-30	35	44%
31-35	7	9%
TOTAL	79	100%



Fuente: Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng.

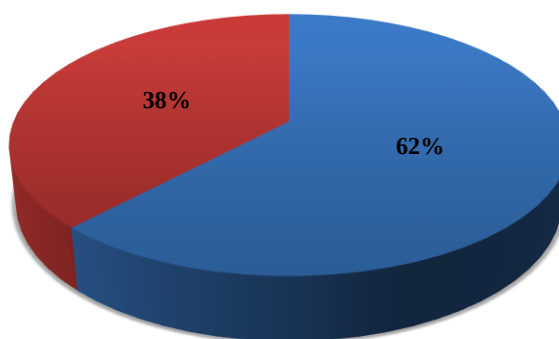
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N°4. Podemos observar 44% con proceso de inducción en edades de 26- 30 años, 32% de embarazadas de 21 a 25 años, 15% gestantes de 15 a 20 años, mientras que el menor porcentaje con 9% en edad de 31 a 35 años, manifestando que la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional. Estos resultados similares al estudio “Aspectos epidemiológicos de la inducción del trabajo de parto en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Cartagena Colombia” 2011 revista de Salud pública de ginecología y obstetricia que revela pacientes de 20-34 años con 73,5% sometidas a inducción de parto. Debido a patologías maternas asociados a edades, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada (Edgar E. Rivas-Perdomo, 2011)

TABLA N°5 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE.

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARA	49	62%
MULTIPARA	30	38%
TOTAL	79	100%

GRÁFICO N°5



■ NULIPARA ■ MULTIPARA

Fuente: Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng.

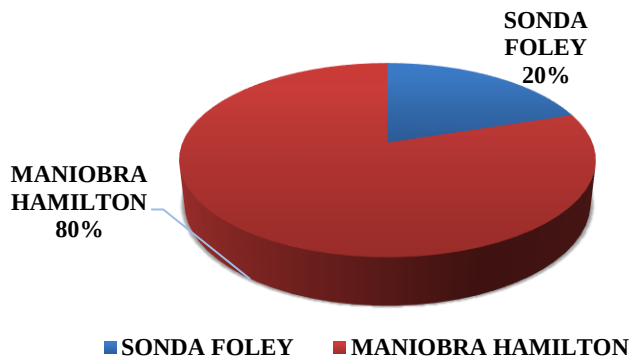
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N°5. Podemos observar el 62% de embarazadas fue nulípara, mientras que 38% son multíparas sometidas a inducción, manifestando los Gineco obstetras de esta unidad que la mayor cantidad de las pacientes nulíparas presentan a indicaciones de riesgo materno o fetales. Comparando los resultados con un estudio realizado “inducción de parto en cérvix desfavorables” por el departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, (2015) el mismo indica que presentaron una población de 70% nulíparas con diabetes, HTA, RPM, corioamnionitis, oligoamnios, óbito fetal hacen que este grupo sea más susceptible a inducción de parto debido que aumenta la morbilidad materno infantil”

TABLA N°6 APLICACIÓN DEL USO DE MÉTODOS MECÁNICO EN LA INDUCCIÓN DE PARTO:

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SONDA FOLEY	1	20%
MANIOBRA HAMILTON	4	80%
TOTAL	5	100%

GRÁFICO N° 6



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

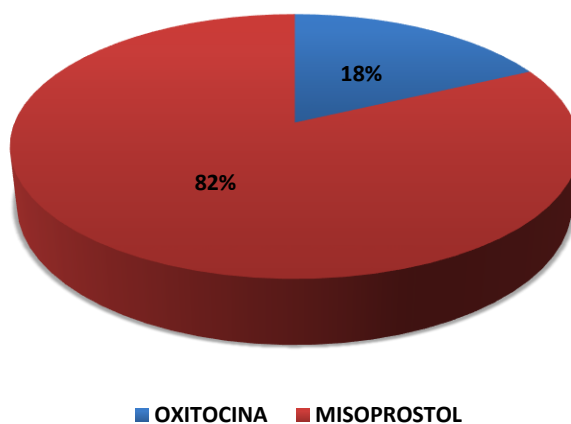
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N°6. los datos nos demuestran, se usó maniobra de Hamilton correspondiente a 80%, mientras que 20 % se usó sonda Foley como método de inducción, se usó este tipo de método en dichas pacientes debido a que aumenta de 63 – 83 % la posibilidad de un trabajo de parto espontáneo en 48 horas, comparándolas con el estudio “MANEJO INTRAPARTO DE LAS GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR” de la revista materno infantil España 2011, que revela similitud con nuestro estudio demostrando que en las pacientes el método mecánico más fiable y usado es maniobra de Hamilton probado en 84 % de la población obteniéndose un alto porcentaje de éxito frente a sonda de Foley debido que es menos invasivo, menor riesgo de infecciones de tipo ascendente. (FRANCISCO JAVIER MALDE CONDE, 2011)

TABLA N° 7 USO DEL MÉTODO DE INDUCCIÓN FARMACOLÓGICOS

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OXITOCINA	14	18%
MISOPROSTOL	64	82%
TOTAL	74	100%

GRÁFICO N°7



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

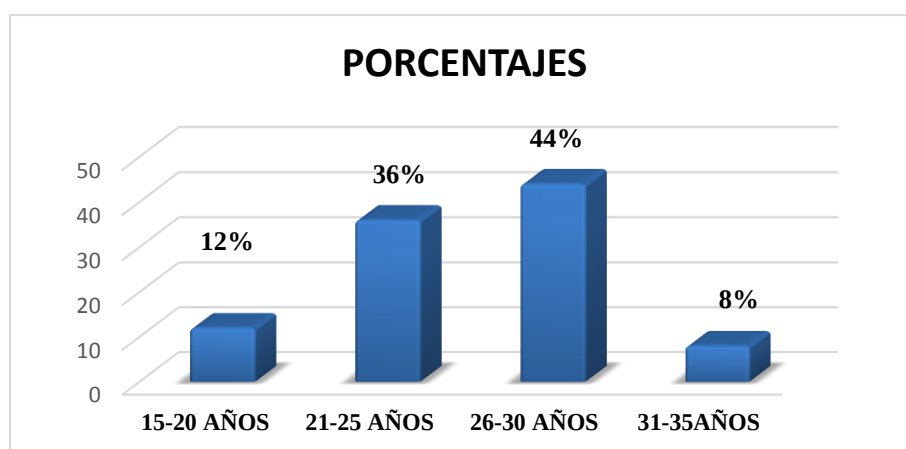
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N.7 los datos muestra, 82%de pacientes que se usó Misoprostol y 18% se usó Oxitocina como método inducción de parto debido a que el Misoprostol es el fármaco usado en caso de cérvix inmaduro y que es eficaz generando contracciones uterinas, comparándolo con el estudio “Uso de misoprostol para inducto conducción del trabajo de parto en embarazos a términos” de la revista Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2012, concluyo que el método farmacológico en una población estudiada 70 pacientes respondieron a misoprostol con 82% de éxito frente a 20 pacientes en las que uso oxitocina, el misoprostol tiene acción rápida luego de su administración ofrece la ventaja de promover la maduración cervicouterina y contractilidad miometrial. (GUEVAREZ BAJAÑA MANUEL, 2012)

TABLA N° 8 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CONDUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA PACIENTE.

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-20	12	12%
21-25	36	36%
26-30	44	44%
31-35	8	8%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO N° 8



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

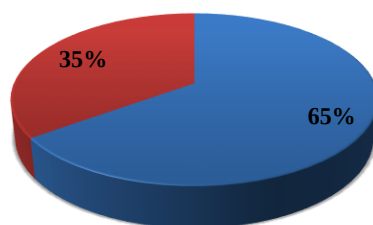
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N.8 muestra, 44% en edades de 26 a 30 años, 36% embarazadas en edades de 21 a 25, 12% de pacientes de 15 a 20 años y en menor cantidad de pacientes de 31 a 35 con 8%, comparándolos con el estudio “Inducción electiva del parto vs. Manejo expectante “de la revista IntraMed España 2014 que indica que la población que mayor se realiza conducción de 21 a 30 años correspondiente al 87% que manifiesta en su estudio no se encuentra una relación directa entre la edad materna y la conducción del trabajo de parto, lo cual no corresponde con otros autores . La proporción de conducción del trabajo de partos menor que la reportada por otros investigadores² (Dres. Sara J Stock, 2014)

TABLA N° 9 APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CONDUCCIÓN SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARA	35	35%
MULTIPARA	65	65%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO N°9



■ NULIPARA ■ MULTIPARA

Fuente Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016

Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

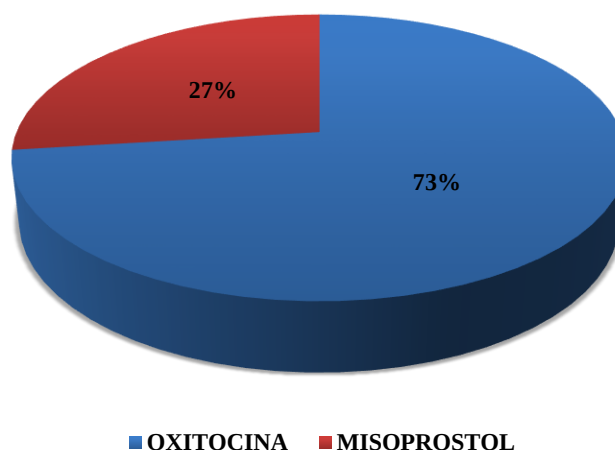
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N.9 los datos nos demuestran, que el 65% de las pacientes de conducción son multíparas, mientras que un 35% corresponde a las pacientes nulípara, los Gineco obstetras de la unidad de salud manifestaron que las pacientes multíparas son en mayor cantidad debido ayuno prolongado, estrés, ambiente inadecuado del parto y antecedentes de lesiones cervico uterino. Comparando los resultados con el Estudio “Factores que intervienen en la progresión del Parto, multíparas vs nulíparas” Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada el mismo indica que existen 87% pacientes poseen algún antecedentes de un parto anterior traumático o un ambiente de parto inadecuado que influye en la dilatación de 2 – 2 ½ cm/ de dilatación según la curva de Friedman (Fuentes M. N., 2011)

TABLA N° 10 USO DE MÉTODOS FARMACOLÓGICO EN LA CONDUCCIÓN DE PARTO

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OXITOCINA	73	73%
MISOPROSTOL	27	27%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO N° 10



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

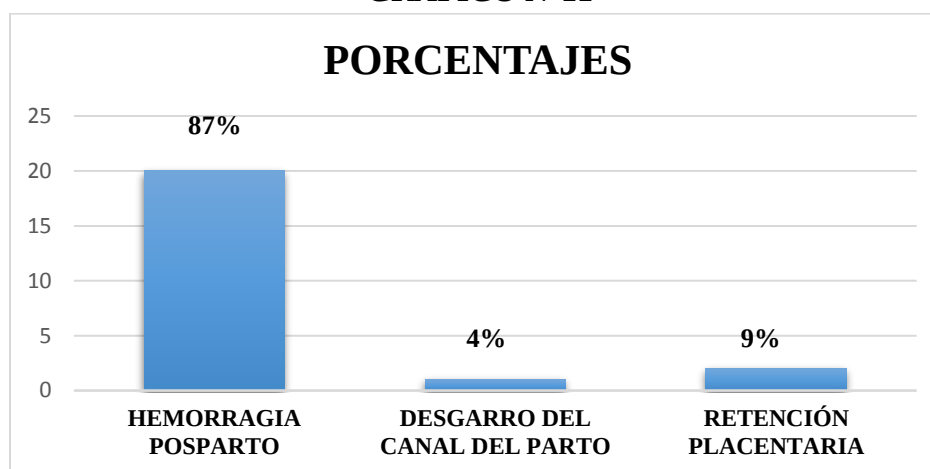
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N.10 los datos nos demuestran que las pacientes de conducción con oxitocina correspondiente a 73% y a 27% de la población se usó misoprostol, el fármaco más usado en la conducción es la oxitocina debido a lo establecido por el protocolo materno infantil del MSP en métodos de conducción, comparándolos con el estudio “Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas” de la Revista CEPES de Cuba 2011 concluye que la población que se sometió a conducción con oxitocina tuvo 55% de mayor respuesta en dilatación y más tolerada por la parte en comparación con misoprostol u otras prostaglandinas en cervix favorables. (Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, 2011)

**TABLA N° 11 TIPO DE COMPLICACIONES MATERNAS EN RELACION
AL USO DE LOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN.**

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMORRAGIA POSPARTO	20	87%
DESGARRO DEL CANAL DEL PARTO	1	4%
RETENCIÓN PLACENTARIA	2	9%
TOTAL	23	100%

GRÁFICO N°11



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

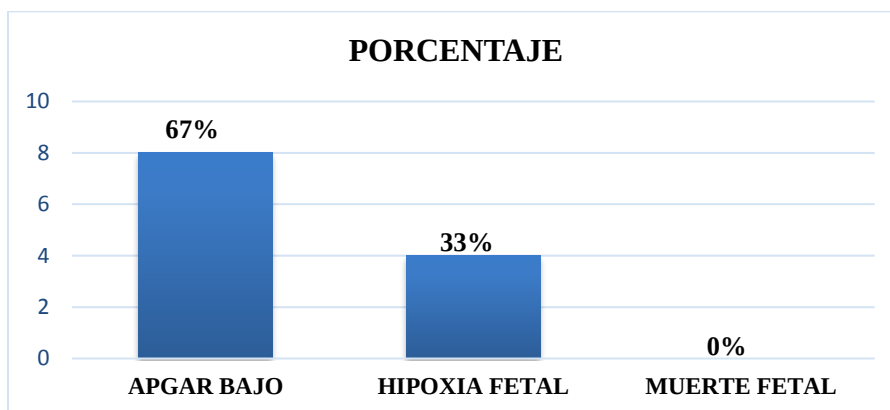
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El gráfico N.11 los datos nos muestran, que de las pacientes de inducción y conducción, 87% se presentó hemorragia posparto, desgarro del canal del parto se presentó en 4% de las embarazadas, y retención placentaria 9% atribuidos a la técnica usada de inducción o conducción en base al índice de Bishop obtenido, ajuste de dosis y comparándolo con el estudio “Comportamiento de la inducción del parto” revista CEPES Pinar del Río 2012, que revela similitud en cuanto a las complicaciones en la inducción y conducción de parto en las cuales se da complicaciones en 0,9% por hemorragia posparto, 0,5% en retención placentaria asumida debido al fármaco usado, respuesta de la paciente, efectos del fármacos y al ajuste de dosis (Migdalia de las Mercedes Peña1, 2011)

TABLA N° 12 TIPO DE COMPLICACIONES FETALES EN RELACION AL USO DE LOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN E INDUCCIÓN

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
APGAR BAJO	8	67%
HIPOXIA FETAL	4	33%
MUERTE FETAL	0	0%
TOTAL	12	100%

GRÁFICO N° 12



Fuente: Historias clínicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús 2016
Elaborado por: Palacios Bravo Ana/ Chapa Erazo Darlyng

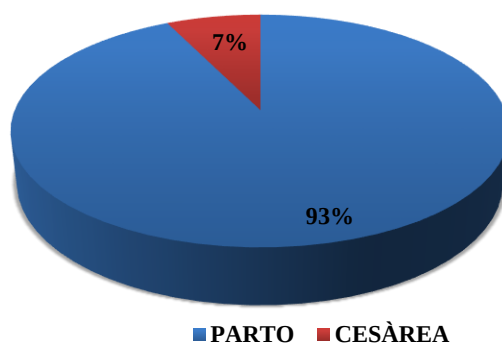
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El grafico N.12 los datos nos muestran, que las pacientes de inducción y conducción se presentaron complicaciones fetales, 67% con apgar bajo, mientras con 33% neonatos presento hipoxia fetal atribuidas a la técnica de inducción o conducción usadas, o la colaboración de la parturienta y la dosis del fármaco usado, comparándolos con el estudio “Inducción Del Trabajo De Parto Con Misoprostol Oral Y Vaginal “revista **RFM de ciencias médicas Caracas** 2011 que revela que las pacientes sometidas a inducción y conducción mostraron 14% de complicaciones maternas de las cuales 7% corresponde a apgar bajo al 1 al min, 7% hipoxia fetal debido a factores maternos, fármaco usados y ajuste de dosis. (Giving birth with confidence, 2011)

TABLA N° 13: VIA DE FINALIZACIÒN DEL PARTO DE LAS PACIENTES A LAS QUE SE REALIZO INDUCCIÒN Y CONDUCCIÒN

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO	166	93%
CESÀREA	13	7%
TOTAL	179	100%

GRÀFICO N° 13



Fuente: Estadística del Hospital Sagrado corazón de Jesús

Elaborado por: Palacios Bravo Ana/Chapa Erazo Darlyng.

ANÀLISIS E INTERPRETACIÒN:

El gráfico N. 13 se puede observar que en 93% de la población finalizo su parto por vía vaginal, y 7% finalizo su parto por vía cesàrea, mencionando que 93% de la población se obtuvo un éxito de la valoración del índice de Bishop en relación al método de inducción y conducción realizada.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- De 400 pacientes que ingresaron al área de parto en los meses de Julio-septiembre un 55% requirió la intervención en su trabajo de parto y se valoró el 100% del índice de Bishop en todas las pacientes. De estas pacientes 82 tenían una puntuación mayor a 6 y 97 mujeres obtuvieron puntuación menor de 6.
- En las 179 pacientes que se intervino en el trabajo de parto, un 56% fueron sometidas a conducción y un 44% a inducción, si relacionamos estos porcentajes con los del registro de la puntuación de Bishop en estas mismas pacientes, comprobamos que el criterio medico se antepuso ante el resultado de valoración de dicho índice en la toma de decisiones para la finalización del embarazo
- En la mayoría de las pacientes se utilizó método farmacológico para la inducción del trabajo de parto siendo el más frecuente el misoprostol y de 79 mujeres apenas 5 fueron iniciados con métodos mecánicos entre ellos, la maniobra de Hamilton que fue la más frecuente.
- En cuanto a la conducción del parto se realizó con mayor frecuencia entre los 21 a 30 años, obteniendo un porcentaje del 65% en pacientes multíparas.
- De las 179 pacientes con intervención en el trabajo de parto, 23 tuvieron complicaciones maternas siendo la más frecuente la hemorragia postparto seguida de retención placentaria y desgarro del canal del parto, y 12 presentaron complicaciones fetales como Apgar bajo e hipoxia fetal, pero no se registraron casos de muerte.

- Mediante la aplicación del índice de Bishop para la inducción y conducción del parto en las 179 pacientes, hubo un éxito del 93%, mientras que en un 7%, que corresponde a 13 mujeres, hubo un fracaso en la aplicación de dicho test por lo que termino en cesárea.

RECOMENDACIONES

- Al Hospital Sagrado Corazón de Jesús:
- Mejorar el registro del índice de Bishop mediante la creación de software para su valoración, en el libro de registros de partos incluir más información acerca de las pacientes que son sometidas a inducción o conducción de parto.
- Capacitación frecuente, continua del personal de Gineco obstetricia que permita mejorar la valoración del índice de Bishop y registro de todos sus componentes.
- El Comité Hospitalario de fármaco vigilancia brinde información al personal de la institución de las dosis de oxitocina y misoprostol para evitar complicaciones maternas y fetales.
- A la Universidad Técnica de Manabí que se profundice más en el programa de estudio de valoración del índice de Bishop y sus componentes en inducción y conducción así como facilitar mayor información de los formatos de diapositivas para sustentación del trabajo de investigación.
- Al MSP, de forma general se recomiendan capacitación del personal de salud del área de Gineco-obstetricia donde se sociabilicen las Recomendaciones del O.M.S. para la Inducción Conducción del Trabajo de Parto.

CRONOGRAMA

	PRESUPUESTO						
	RECURSOS MATERIALES Y OTROS						
ACTIVIDADES	OCTUB	NOVIE	DICIEM	Humano	Materiales	Otros	Costos
Organización y selección de la Información recopilada para la presentación al Director de Tesis	X			Autoras de la Investigación	Hojas de papel		\$ 150,00
Elaboración de instrumentos y Recolección de información y presentación al Director de Tesis	X	X			Lapiceros, marcadores	Imprevistos y Transporte	\$ 155,00
Definición de hallazgos y elaboración del informe	X	X				Transporte e imprevistos	\$ 190,00
Preliminar para la presentación del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento		X				Transporte e imprevistos	\$ 215,00
Tabulación de resultados y elaboración del informe final para la presentación al Director de Tesis		X	X		Copias	Transporte e imprevistos	\$ 270,00
Revisión y corrección final de La Tesis de Grado por parte del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento	X	X	X		Impresión	Empastado, derechos, otros	\$ 145,00
Aprobación del Director De Tesis y Miembros del Tribunal.					Trascripción, Especies valoradas	Alquiler de Infocus	\$ 180,00
TOTAL							\$ 1.305,00

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFÍA

1. ADAM Health Solutions. (9 de 18 de 2014). Medline Plus. Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000625.htm>
2. Arrieta*, O. B., Yances, B. R., Ciodaro**, C. M., & Peñaranda, W. A. (2011). Inducción del trabajo de parto con Misoprostol Vs.Oxitocina. Revista Colombiana de Obstetricia y, 54.
3. Benrubi, G. I. (2003). Urgencias obstétricas y ginecologicas. Madrid-España: Marbàn.
4. Claudio Vera P-G., M. S. (2011). Using a simplified Bishop score to predict vaginal delivery. scielo -obstetricia y ginecología Santiago., 17.
5. Cunningham, L. B. (2010). Williams obstetricia. México: Programas Educativos De S.A De C.V. .
6. Delgadillo, D. A. (2009). Uso del misoprostol oral, sublingual y vaginal como inducción en el trabajo de parto, en embarazos de término con feto vivo y rotura prematura de membrana. Revista médica ginecologia y obstetricia , 11.
7. Delgadillo, D. A. (2010). Uso del misoprostol oral, sublingual y vaginal como inducción en el trabajo de parto, en embarazos de término con feto vivo y rotura prematura de membrana. Revista medica cochabamba-ginecologia y obstetricia, 12.
8. Dr. Otoniel Fajardo Rodríguez, I. D. (2011). “Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2-12.
9. Dra. Teresa Pino García, D. A. (2006). Obstetricia y Ginecología. scielo , 57.
10. Dres. Sara J Stock, E. F. (2014). “Inducción electiva del parto vs. manejo expectante “. IntraMed, 2 -8.

11. Edgar E. Rivas-Perdomo, M. D. (2011). Aspectos epidemiológicos de la inducción del trabajo de parto en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. Cartagena. Ginecología y Obstetricia Universidad de Cartagena. Colombia. DUAZARY, 38.
12. Ehow Contributor. (2 de Abril de 2013). Ehow. Obtenido de http://www.ehowenespanol.com/medir-evolucion-del-cuello-del-utero-parto-como_133771/
13. Foundation, T. N. (7 de febrero de 2014). kids health. Obtenido de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/inductions_esp.html
14. FRANCISCO JAVIER MALDE CONDE, M. T. (2011). MANEJO INTRAPARTO DE LAS GESTANTES CON CESÀREA ANTERIOR . MEDICINA MATERNO INFANTIL, ESPAÑA, 2 -8.
15. Fuentes, M. N. (23 de 11 de 2011). “Fase Activa Del Parto e multíparas vs nulíparas”. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada “Fase Activa Del Parto e multíparas vs nulíparas”, págs. 2-12.
16. Fuentes, U. y. (2010). obstetricia y ginecología. Madrid-España: Marbàn.
17. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (15 de diciembre de 2006). BSR biblioteca de salud reproductiva de la OMS. Obtenido de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/induction/haacom/es/
18. Giving birth with confidence. (2011 de Junio de 2011). Giving Birth With Confidence. Obtenido de <http://givingbirthwithconfidence.org/2011/06/considering-induction-learn-your-bishops-score/>
19. GUEVAREZ BAJAÑA MANUEL, I. B. (2012). Uso de misoprostol para inducción del trabajo de parto en embarazos a término” . de la revista Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río , 2-7.
20. HC PRO. (2 de Mayo de 2012). Learn about the Bishop's Score and its relationship to labor and delivery. Obtenido de <http://www.hcpro.com/HIM-279560->

8160/Learn-about-the-Bishops-Score-and-its-relationship-to-labor-and-delivery.html

21. Hopkins, J. (2005). Ginecología y Obstetricia . Madrid-España: Marbàn.
22. Kelly AJ, K. J. (2006). Coito para la maduración cervical y la inducción del parto . scielo-Ginecologia y Obstetricia, 12-14.
23. Laughon, S. K., Zhang, P. j., Troendle, J. P., Sun, L. M., & Reddy, U. M. (2011). El uso de un score simplificado obispo para predecir el parto vaginal. scielo, 3.
24. Mercedes Peña Abraham, C. H. (2006). Parto inducido por embarazo prolongado. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Versión On-line ISSN 1561-319, 10.
25. Migdalia de las Mercedes Peña, C. H. (2006). Comportamiento de la inducción del parto. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Versión On-line ISSN 1561-3194., 6-9.
26. Migdalia de las Mercedes Peña¹, C. H. (2011). Comportamiento de la inducción del parto. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2-11.
27. Ministerio de salud publica . (2009). Componente materno infantil.
28. Ponce, J. J. (2009). Manual de Patología perinatal. México: Mgraw nill.
29. Ricardo Leopoldo schawarez, C. A. (2005). Obstetricia. Argentina: El Ateneo.
30. Simpson, G. N. (2007). Obstetricia. Madrid-España: Marbàn.
31. SlideShare. (7 de sept. de 2010). SlideShare. Obtenido de <http://www.slideshare.net/valdouva/oxitocina-en-la-induccin-y-conduccin-del-trabajo-8516995>
32. Villacampa, L. C. (Diciembre 2011). La acupuntura . La acupuntura puede ser efectiva en la inducción del trabajo de parto en el embarazo prolongado, 2.

33. Villarreal, U. R. (13 de enero de 2014). Scribd. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/59393999/Oxitocina-en-la-Induccion-y-conduccion-del-trabajo>

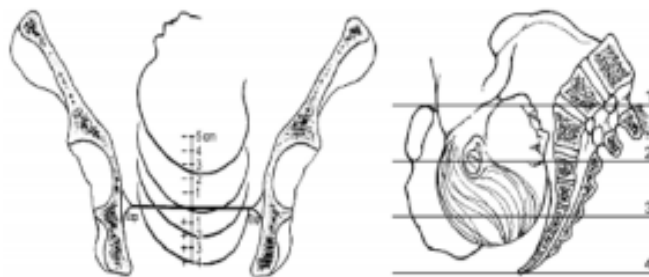
ANEXOS

ANEXO 1 | ÍNDICE DE BISHOP

	PUNTUACION	0	1	2	3
PARAMETRO	DILATACION	0-1 cm	2-3 cm	4-5 cm	>5 cm
	BORRAMIENTO	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
	POSICION	POSTERIOR	CENTRAL	ANTERIOR	
	CONSISTENCIA	FIRME O DURA	INTERMEDIA O REBLANDECIDA	BLANDA O SUAVE	
	ALTURA DE LA PRESENTACION	ESTACIONES DE DE LEE			
		-3	-2	-1, 0	+1, +2
		PLANOS DE HODGE			
		MOVIL - I	II	III	IV

Durante el examen vaginal valore la altura de la presentación y su descenso, usando las Estaciones de DeLee (expresadas en centímetros +o- desde el punto de referencia 0 correspon-

diente a las espinas ciáticas) o por los Planos de Hodge según el nivel de la presentación fetal en relación con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre.



Estaciones de De Lee. Planos de Hodge.

ÍNDICE DE BISHOP DESFAVORABLE: Igual o menor a 6.

ÍNDICE DE BISHOP FAVORABLE: Mayor a 6.

SEGÚN RESULTADO PROCEDA A VIGILANCIA DE LA DILATACION Y BORRAMIENTO O A DECIDIR MADURACION CERVICAL, INDUCCION O CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO.

Escala de Bishop

TABLA DE VALORACIÓN DEL TEST DE APGAR

SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a Estímulos	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o Palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

Recolección de la información, área de estadística Hospital Sagrado Corazón de Jesús



ENCUESTA

FORMULARIO PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LA

INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS QUEVEDO.

NUMERO

DEL

--	--	--

FORMULARIO

Edad:

15-20	
21-25	
26-30	
31-35	

Paridad:

Nulípara:

☐

SI

☐

NO

Múltipara

☐

SI

☐

NO

3.-COMPONENTES DE BISHOP VALORADO:

DILATACIÓN	
BORRAMIENTO	
POSICIÓN	
CONSISTENCIA	
DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN	

4.-PUNTUACIÓN DE BISHOP

> 6	
<6	

5.- MÉTODO DEL FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO

INDUCCIÓN-----

CONDUCCIÓN.-----

6.-TIPO DE INDUCCIÓN O CONDUCCIÓN

MECÁNICA: SI ☐ NO ☐ SONDA FOLEY ☐

M. HAMILTON -----

FARMACOLÓGICA: SI ☐ NO ☐

7.-TIPO DE FARMACO USADO

	☐		☐
OXITOCINA	☐	SI	☐ NO
PROSTAGLANDINA		SI	NO

8.-COMPLICACIONES:

MATERNAS: SI----- NO-----

HEMORRAGIAS POSTPARTO -----

DESGARROS DEL CANAL DEL PARTO-----

RETENCIÓN PLACENTARIA-----

9.-FETALES: SI----- NO-----

APGAR BAJO----- HIPOXIA FETAL-----

MUERTE

FETAL-----

10.- VÍA DE FINALIZACIÓN DEL PARTO

CESÁREA-----

VAGINAL-----



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 6%

Date: jueves, diciembre 22, 2016

Statistics: 209 words Plagiarized / 3349 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

TEMA: "VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE BISHOP EN LA INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DE PARTO, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS QUEVEDO" - AUTORES: CHAPA ERAZO DARLYNG MANUEL - PALACIOS BRAVO ANA MERCEDES

RESUMEN La adecuada intervención en el trabajo de parto, es una práctica habitual en el área de obstetricia. Tiene como objetivo, reducir riesgos maternos y/o fetales, que supone la continuación de la gestación. Las condiciones cervicales determinan el éxito o fracaso de este procedimiento; si observamos que las condiciones no son favorables, procedemos a analizar el Índice de Bishop; el misoprostol es una buena alternativa utilizada para la maduración cervical también tenemos la infusión de oxitocina. A mayor grado de madurez cervical son mejores las posibilidades para lograr una inducción sin complicaciones. Por ello es crucial la valoración del cuello uterino, fundamentados en el Test de Bishop, este es un sistema de puntuación, cuando suma un total igual o mayor a 7 las posibilidades de éxito de la inducción son altas. Una puntuación mayor de 9 indica que las probabilidades de un parto espontáneo son muy elevadas. Si la puntuación de Bishop suma presente donde estén registradas la valoración antes para desencadenar u optimizar y Post Término de parto del HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS QUEVEDO. Para éstos fines se realizó un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo incluyó las embarazadas en las que se registró la valoración de ante el procedimiento. Desde julio a septiembre del 2016.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN consiste en la valoración de cérvix en el transcurso es una guía para determinar el éxito del mismo; este encierra 5 parámetros que tales como: dilatación cervical, borramiento cervical, posición del cérvix consistencia plano fetal al parto, se realiza una intervención en el mismo para inicie artificialmente dando lugar al. Las embarazadas a inducción podrían tener o rotas, sin necesidad de estar. Esta intervención médica puede tener efectos no esperados como cualquier otro procedimiento. Es por esta razón que es recomendable la utilización en la valoración, así aseguramos el éxito del procedimiento y se reduce complicaciones materno-fetales. procedimiento acelera, se da inicio del mismo cuando las contracciones espontaneas presentado en su dilatación y fetal, este guía las. En el país la pacientes que son sometidas por distocia de dinamica uterina según en el 2007 fueron 10 casos que representan el 7.4% de la población obstétrica (Ehow Contributor, 2013). Las pacientes sometidas a dicho procedimiento cumplen con determinados criterios para evitar así posibles complicaciones. Dicho procedimiento será usado en embarazos postérmino, óbito fetal, y otras causas que demande este procedimiento pero previo a ello es conveniente la valoración del test de bishop para reducir la morbilidad materno fetal que puede originar fallidas de esta forma aseguramos éxito en el procedimiento y PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA. La muerte materna es un problema crítico en la salud pública que afecta sobre todo y representa un gran impacto individual, familiar, social y económico. Las muertes maternas son aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según causa importante y morbilidad. Entre las demás causas frecuentes encontramos no eficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea no adecuada o anomalías de partes blandas son procedimientos utilizados en nuestras áreas obstétricas que cumplen características óptimas para su ejecución. Teniendo como objetivos desencadenar y mejorar contracciones uterinas, relacionado con la porque permiten finalizar el parto disminuyendo a su vez cesáreas que oscilan Ecuador y cuyo valor no debe superar el 15% según las normas internacionales. Como sobre todo del entorno vivido de Quevedo. La investigación que realizamos en dicha institución consistió en valorar utilizado en esta Unidad de Salud, según el Protocolo Materno Infantil del MSP, antes de una parto, en los meses de julio a septiembre del 2016 a toda paciente ingresada parto que requiera interrupción del embarazo o mejorar circunstancias obligan al profesional factible mismo, para evitar morbilidad materna y fetal obstétricas atendidas.

FORMULACIÓN ¿Cómo se realiza la valoración conducción, Quevedo? JUSTIFICACION durante el año 2015 ingresaron 2.190 parto, 213 pacientes fueron sometidas 420 a conducción. El presente estudio investigo de julio a septiembre del 2016, de Quevedo, el mismo que consistió en analizar los datos recogidos en y el procedimiento aplicado en dichas pacientes atendidas con diagnóstico de distocia de dinamica uterina, parto prolongado, óbito fetal, cérvix inmaduro. Beneficiará a las usuarias de ginecología del de Quevedo, que requirieron y éste estudio se pudo determinar la eficacia de la valoración la finalización del embarazo evitando la morbilidad materno infantil. La investigación fue factible, puesto que la información requerida para su realización, así como el personal. Se realizó estadísticos ingresados para verificación de su hipótesis generando conocimientos actuales y de gran utilidad que permiten los usuarios sometidas a una inducto conducción, brindando a su vez seguridad en el procedimiento y salud adecuada en nuestras pacientes obstétricas que acuden a esta unidad de salud.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA El problema de esta investigación se limitó al Pública, por cuanto sin valoración de trae consecuencias directas materno infantil, afectando no solo su salud sino su entorno.

psicosocial, constituyendo una problemática directa en del Ecuador, el afectar al entorno materno infantil, agrava la situación de indicadores de morbilidad, aumentando los índice de mortalidad materno-fetal cesáreas así como también el entorno económico del gasto de salud, puesto parto vaginal genera menos complicaciones, materiales de quirófano, personal especializado que parto por cesárea. El estudio se realizó en aquellas pacientes de parto que de Quevedo gineco-obstetricia. En el período de julio a septiembre 2016.

DELIMITACIÓN DEL OBJETIVO A ESTUDIAR Campo: Medicina Área: Ginecología-valoración Aspecto: Salud Pública Delimitación temporal La presente investigación analiza el registro de la eficacia del, Quevedo junio/Agosto 2016 Delimitación espacial: Esta investigación se fue realizada. OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL Valorar el uso parto, en el servicio de Gineco obstetricia, de Quevedo. OBJETIVOS ESPECÍFICOS • Evaluar registro en la Historia clínica a las parto • Valorar uso los métodos de según la edad y paridad • Analizar las complicaciones maternas fetales en relación al métodos parto.

CAPÍTULO II MARCO TEORICO el sistema que se utiliza más comúnmente que nos permite la valoración de la "Maduración cervical". Este sistema consiste en la tabulación de una puntuación altura de presentación además de las características tales como: dilatación, borramiento, consistencia, Las mediciones son reflejadas en valores que al sumarlos nos revelan una puntuación que nos indicara la viabilidad parto mayor, hay más probabilidades sea dada de forma exitosa de esta forma el parto se dará sin complicaciones. La oxitocina crucial que nos permitirá que la dilatación cervical antes las siguientes contracciones que se obtienen en la fase secundaria y terciaria del parto, se realizara en casos determinados, por citar un ejemplo podría ser tras una que no evoluciona y por esa razón desencadena puntuación varía de 0 a 13, una puntuación superior a 9 hace referencia se llevara a cabo de manera espontánea. A lo opuesto si una, puntuación menor de 5 la cual nos indicará que si no realizamos inducción, el parto no se producirá es muy baja, cuando ya inducción parto natural es casi nula espontáneo fetal. La incidencia anual Según el National Center for Health Statistics .De a 22.5% en 2006 (Martin et al., 2009). La incidencia depende del área obstétrica de cada institución. Por ejemplo, casi 35% de los trabajos de parto son llevados mediante. En comparación, con Hospital donde se induce casi mujeres, y el 37% recibe oxitocina para conducción, un total de 62% en indica cuándo tendremos beneficios que proporcionan continuar el embarazo. Las indicaciones son situaciones donde se requiera atención inmediata, por ejemplo 1999a). Las son embarazo pos término y diversos trastornos médicos de la madre, como hipertensión. Existen otras técnicas para inducir o conducir de igual manera se describen de forma separada American Academy of Pediatrics (2007). Es necesario que cada área de obstetricia tenga sus propias pautas y protocolos para los cuidados perinatales, registrado en documentos, donde se describa oxitocina y otros uterotónicos (American Academy of Pediatrics (2007)).

Riesgos Los índices de complicación materna que se elevan está relacionado al nacimiento por cesárea, corioamnionitis y atonía uterina. Contraindicaciones son parecidas a las que impiden se inicie de forma espontánea. Dentro de los factores fetales tenemos la gestación múltiple, macrosomía notoria, presentaciones anómalas, hidrocefalia intensa, y desfavorable las escasas indicaciones maternas están relacionadas incisión uterina realizada previamente, o la distorsión de su estructura anatómica, la estrechez pélvica, placentación anómala, y demás situaciones que podrían ser una infección activa por herpes genital o cáncer cervicouterino. Parto por cesárea (Luthy et al., 2004; Yeast et al., 1999). Ésta aumenta en nulíparas (Luthy et al., 2004; Yeast et al., 1999). Hoffman y Sciscione, 2003; Maslow y Sweeny, 2000; Smith et al., 2003). Diversos investigadores definen del doble o triple. Estas tasas tienen relación inversa con lo inducción, que es, la calificación de Bishop (Vahratian et al., 2005; Vrouenraets et al., 2005) (Mercer, 2005). Aunque, el madurar puede no reducir cesáreas uterino no favorable. En un estudio pareado retrospectivo, Hamar et al (2001) describieron que cesáreas una vez manera electiva estuvo incrementada en tuvieron complicaciones previas al además de una puntuación Bishop de 7 o más, lo opuesto de aquellas con (Shin et al., 2004). En pacientes el peligro de cesárea esta aumentado 13 veces, las vértice encajado (Peregrine et al., 2007). No existe peligro notorio si la cabeza fetal encajada esta en variedad occipitoposterior. Corioamnionitis (Gynecologists, 1999). Las mujeres con Atonía uterina. La hemorragia posparto procedimientos de cesárea con histerectomía. Esta indicación corioamnionitis (Shellhaas et al (2001) publicaron los datos de casi 137 000 partos en la Maternal-Fetal Units Network. Se practica-ron 146 histerectomías de urgencia. Ulteriores las histerectomías fuera consecutivo (2002) publicaron datos similares. Inducción electiva más frecuente (Glantz (1999) no respalda esa práctica, excepto por motivos logísticos, como el riesgo rápido, la mujer que vive a gran distancia del hospital o las indicaciones de tipo psico-social. Los autores consideran también sistemática a término no tiene justificación debido al complicaciones maternas graves, si bien poco frecuentes (Tita (2009) y Clark (2009), y sus respectivos colaboradores, han publicado también alteraciones patológicas neonatales adversas apreciables con el parto electivo antes de cumplir las 39 semanas y sin considerar o documentar los criterios (2007, 2008). Si se considera a término, esos riesgos deben comentarse y obtener un consentimiento informado. Oshiro et al (2009) implementaron pautas para desalentar los partos antes de concluir las 39 semanas. Fisch et al (2009) también estructuraron y respaldaron pautas similares en su institución. Ambos grupos de investigadores comunicaron decrementos significativos en partos electivos después de instituir esos criterios. Expectativas. Varios factores aumentan el que incluyen multiparidad, índice nacer, 3 al., 2006; Pevzner inmaduro". Asimismo, un protocolo de tratamiento prospectivo de 509 mujeres, la fase latente informaron o parto exitoso ha recibido muy poca atención. Se requieren datos más precisos para comprender tratamientos individuales. Por ejemplo, Garcia et al. (2001), después del ajuste en una mezcla de casos, comunicaron nacimiento por cesárea era casi 30% más baja en centros médicos de enseñanza de hospitales comunitarios. Doyle et al (2002) señalaron que la cifra de cesáreas comunitario era del doble la un condado estado (es decir, si es "favorable" o no) es importante para obtener buenos la calificación descrita por Bishop (1964), la cual una alta probabilidad de inducción exitosa reblandecido, en posición intermedia y con el occipucio la estación -1, tendría una inducción exitosa. Con propósitos de investigación, de cuatro o menos identifica y pudiese ser indicación de un intento por madurarlo. Como una alternativa de Bishop, Hatfield et al. (2007), un metaanálisis de 20 estudios de valoración por ecografía transvaginal, la usaron para predecir una inducción con buenos resultados debido a la heterogeneidad de los criterios del estudio, incluida "inducción exitosa", la interrogante aún no se resolvía. Ellos, Crane (2006), encontraron que la determinación por ecografía no. Por desgracia mucha frecuencia tienen indicación de inducción pero uterino desfavorable. Conforme disminuye lo o Bishop, hay una tasa de inducción sin buenos resultados. Por ello, se ha dedicado investigación considerable a diversas técnicas para "madurar" el cuello. Las técnicas usadas para mejorar el también estimulaban

las contracciones. Por consiguiente, éstas son susceptibles de utilizarse. Los métodos usados incluyen preparados farmacológicos y diversas modalidades de distensión. Usos farmacológicos: Prostaglandinas. Por lo general, (dinoprostona) para conseguir (1999a, 1999b) mg de dinoprostona con la recomendación de un máximo de tres en 24 h. Owen et al (1991) llevaron a cabo un metaanálisis de 18 estudios que incluyó a 1 811 mujeres y encontraron que la prostaglandina dispositivo de aplicación por inserción vaginal de dinoprostona. Ésta es una oblea polimérica rectangular plana delgada que se sujeta a un pequeño saco de poliéster de malla blanca. El saco posee una cola adherida que permite, en su caso, su retiro. Tal dispositivo provee una liberación más lenta del medicamento (0.3 mg/h) gel. Se ha publicado que en combinación con la oxitocina, estos adminículos de inserción abrevian el intervalo entre el parto (Bolnick et al., 2004). Hay una marca comercial de la dinoprostona que se usa como dosis única con aplicación de manera transversa del saco vaginal posterior. Debería utilizarse muy poco lubricante, si acaso, para su inserción, ya que cuando éste es excesivo puede cubrir el artefacto e impedir la liberación de dinoprostona. Ulterior a su inserción, una mujer debería mantenerse acostada durante al menos 2 h. El adminículo se retira o ante Administración; (1995b). Los preparados de prostaglandinas deben suministrarse sólo partos o cerca, y debe mantenerse vigilancia (Bernstein, 1991; Miller et al., 1991). Estos criterios surgen por que los preparados de prostaglandinas causen taquisistolia uterina. Cuando las contracciones inician, suelen hacerse evidentes en la primera hora y alcanzan actividad máxima en las primeras 4 h. Cuando Perry y Leaphart administración intracervical del dispositivo vaginal, encontraron daba como resultado un parto más rápido (11.7-16.2 h). No obstante, cuando se usaron más de dos dosis seriadas, Chan et al (2004) informaron que 59% requirió cesárea urgente. Según las instrucciones del fabricante, la inducción con oxitocina que sigue al debe retrasarse de 6 a 12 h. Efectos secundarios; (Brindley y Sokol, 1988; Rayburn, 1989) administración vaginal en 1 a (1999a). Taquisistolia uterina, 2. Hipertonía uterina, la cual se describe como contracciones únicas que duran más de 2 min. 3. Hiperestimulación. Hiperestimulación que puede causar se recomienda dicha utilización. Si la hiperestimulación es más, los fabricantes precaven en contra Misoprostol. El misoprostol es una prostaglandina E1 sintética autorizada como tabletas de 100 o 200 mg para la puede administrarse o vaginal. Las tabletas son estables (Wagner, 2005; Weeks et al., 2005). Searle & Company notificó a los médicos que el misoprostol no está aprobado del aborto. Gynecologists (2000). Hospital Administración vaginal; 2004; Wing et al., 1995a, 1995b intracervical (1999b) revisó 19 estudios con asignación al azar en los cuales de 100 mg). El fármaco está distribuido de manera equivalente en esos cuartos de tableta (Sanchez-Ramos et al., 1997). Misoprostol puede aminorar la necesidad de oxitocina para inducción, así como los intervalos entre el parto. Hofmeyr et al (2003) revisaron Cochrane y apoyan esas recomendaciones, pero previenen acerca del incremento de hiperestimulación uterina con cambios adversos con su uso. Una dosis intravaginal 50 mg se vinculó con incrementos taquisistolia, expulsión y aspiración de meconio, gel de prostaglandina E2 (Wing et al., 1995a, 1995b). Se encontró que era comparable con la dinoprostona complicaciones en el recién nacido (von 2004). Wing et al. (1998) informaron rotura uterina con prostaglandina E1 en cesárea. De hecho, Plaut et al (1999) describieron una rotura uterina en cinco de 89 (6%) cesárea que fueron con misoprostol (2004). Dicho hallazgo se compara con sólo una de 423 de tales pacientes que no recibieron el misoprostol. Existe consenso intervención quirúrgica uterina, con inclusión de la cesárea, contraindica el suministro de misoprostol. Administración oral; prostaglandina E1 también son eficaces cuando se proporcionan. Windrim et al (1997) misoprostol oral tiene eficacia similar que el preparado de aplicación intravaginal (2000) y Hall et al (2002) comunicaron que una dosis oral de 100 mg era tan eficaz como la intravaginal con prostaglandinas E; Es posible Hofmeyer y Gul-mezoglu (2007) efectuaron una revisión sistemática de Cochrane y encontraron que el misoprostol vaginal, seguido por oxitocina, de ser necesario. En algunos estudios, se demostraron menores tasas las cifras (Lin et al., 2005; Lo et al., 2003) vincularse con una mayor tasa de hiperestimulación. Además, la inducción con prostaglandina E (PGE1, prostaglandin E1) tal vez sea ineficaz y quizá requiera una conducción subsiguiente con oxitocina. Por tanto, hay discrepancias riesgos, los costos y la facilidad de administración de los dos fármacos, pero cualquiera es adecuado un estudio piloto hallaron que el misoprostol oral, 75 mg a intervalos de 4 h durante un máximo de dos dosis, era seguro y eficaz (Villano et al., 2010). Donadores de óxido nítrico. Varios datos hallados han conducido a la búsqueda de fármacos que estimulen la producción local de óxido nítrico (NO, nitric oxide) con propósitos clínicos (Chanrachakul et al., 2000). En primer término, el NO es posiblemente un mediador. También los metabolitos del NO están aumentados al. Finalmente, la producción de dicho compuesto es muy baja en el embarazo postérmino (Väisänen-Tommiska et al., 2003, 2004). Bullarbo et al (2007) analizaron recientemente los motivos y los donadores de NO, mononitrato de isosorbida y trinitrato de glicerilo. El primero induce a la ciclooxigenasa 2 (Ekerhovd et al., 2002). También induce un arreglo de la ultraestructura cervicouterina, similar al observado con la maduración espontánea (Thomson et al., 1997; 2003). Los estudios clínicos no han mostrado que los donadores de NO sean tan eficaces como la prostaglandina E2 para conseguir (Chanrachakul 2006). La adición de mononitrato de isosorbida a la dinoprostona o el misoprostol no cambió en etapas tempranas del embarazo o a término, tampoco abrevió el intervalo hasta (Collingham, 2009; Ledingham, 2001; Wölfler, 2006 y sus respectivos colaboradores). Técnicas mecánicas. Sonda transcervical; al muslo puede llevar. Una modificación de esta técnica, llamada ex-traamniótica (EASI, extra-amniotic saline infusion), corresponde a la et al., 2004). Sherman et al (1996) resumieron los resultados de 13 estudios con sondas con punta de globo para. Concluyeron que Karjane et al. (2006) informaron que la corioamnionitis 16% parto; para iniciar comparativos intracervical globo de sonda Foley transcervical de 80 ml era notoriamente más eficaz utilización del globo con 30 ml. CAPITULO V CONCLUSIONES • De 400 pacientes que ingresaron al área los meses de julio-septiembre un 55% requirió la intervención en su registro en 100% la valoración en estas pacientes 82 tenían una puntuación mayor a 6 y 97 mujeres obtuvieron puntuación menor de 6 • En las 179 pacientes que se intervino en un 56% fueron sometidas a conducción y un 44% a inducción, si relacionamos estos porcentajes con los del registro de en estas mismas pacientes, comprobamos que el criterio médico se antepuso ante valoración de dicho índice en decisiones para la finalización del embarazo • El 44% en las tenían edades entre 26-30 años representando el mayor porcentaje, en tanto un 62% fueron nulíparas se utilizó método farmacológico el misoprostol y de 79 mujeres apenas 5 fueron iniciados con métodos mecánicos entre ellos, la maniobra de Hamilton que fue la más frecuente • parto se realizó entre los 21 a 30 años, obteniendo un porcentaje del 65% en pacientes multiparas • De las 179 pacientes con intervención en 23 tuvieron complicaciones maternas siendo la más frecuente seguida de retención.

placentaria y desgarro del canal del parto, y 12 presentaron complicaciones fetales como apgar bajo e hipoxia fetal, pero no se registraron casos de muerte RECOMENDACIONES • Se debe reinventar el libro de registro notifica parto, para incluir más información acerca • Capacitar al nuevo obstetricia, sobre la importancia de la valoración y análisis antes de iniciar una inducto conducción • Registrar la valoración con sus 5 parámetros, sin omitir ninguno de ellos, para de acuerdo a la puntuación tomar decisiones oportunas, y disminuir la probabilidad uso de oxitocina, realizar una vigilancia las contracciones, cualquier riesgo, vigilando palpación o por medios electrónicos de registro de • Si la paciente es de bajo riesgo obstétrico, y por ello no es necesaria la finalización inmediata del embarazo, ofrecer como primera opción maduración cervical mediante método no farmacológico en ausencia de contraindicaciones • De forma general se recomiendan charlas con del área de gineco-obstetricia donde se sociabilicen las Recomendaciones del O.M.S

