



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



## Proyecto de Investigación

TEMA:

INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN  
GESTANTES ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA,  
AGOSTO 2015- ENERO 2016

AUTORES:

DEMERA DOMO JESSICA KATHERINE

PONCE LÓPEZ JAIRO RENATO

TUTOR

DR FIDEL MENDOZA

2016

## DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mis padres por todo el apoyo brindado, gracias a ellos soy lo que soy como persona con buenos valores y principios, a mis hermanos que siempre me ayudaron durante toda mi formación.

A mi hijo y esposo por ser mis pilares fundamentales sin ellos y su comprensión no hubiera tenido la fortaleza para alcanzar mi meta.

Demera Domo Jessica Katherine

## DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios que supo darme esa luz para dirigirme siempre por el buen camino.

A mis padres por todo el apoyo brindado, gracias a ellos soy lo que soy como persona con buenos valores y principios, nunca tuve un No de parte de ellos ante mis estudios, fueron y seguirán siendo un pilar fundamental en mi vida, a mis abuelos que hoy no están físicamente presentes pero si espiritualmente quienes fueron apoyo y entusiasmo para llevar a cabo una de mis metas hoy cumplidas. A mi hermano y a mi familia en general quienes fueron el motor de constancia. Infinita gratitud.

Ponce López Jairo Renato

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios ser maravilloso que nos dio la fuerza y fe para creer lo que nos parecía imposible terminar.

Gracias a la universidad Técnica de Manabí en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud por ayudarnos a formar como profesionales en lo que tanto nos apasiona, la Medicina.

Gracias a nuestro tutor Dr. Cesar Fidel Mendoza Mendoza y nuestro Revisor de tesis Dra. Carmen Campuzano Icaza quienes con su ayuda nos guiaron con sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigador.

Gracias al personal de médicos y enfermeras quienes, con su ayuda, su paciencia y conocimientos científicos fueron pilares fundamentales para poder culminar con éxitos esta tesis.

También agradecemos a cada Doctor que hicieron parte de este proceso integral de formación que deja como producto terminado este grupo de graduados.

Al Hospital General Jipijapa por permitirnos la realización del presente trabajo de Investigación.

LOS AUTORES

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Yo el DR. CESAR FIDEL MENDOZA MENDOZA tengo a bien certificar que el trabajo de investigación “INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN GESTANTES ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA, AGOSTO 2015- ENERO 2016” Ejecutada por: DEMERA DOMO JESSICA KATHERINE y PONCE LOPEZ JAIRO RENATO, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



---

DR. CESAR FIDEL MENDOZA MENDOZA  
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

## CERTIFICACIÓN DE LA REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado “INDUCTO-CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN GESTANTES ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA, AGOSTO 2015-ENERO 2016”

Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores: DEMERA DOMO JESSICA KATHERINE y PONCE LOPEZ JAIRO RENATO

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.



---

DRA. CARMEN CAMPUZANO ICAZA  
REVISORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

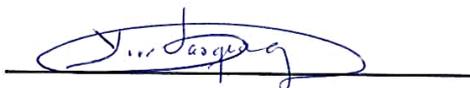
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN  
DEL TRABAJO DE INVESTIGACION  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TEMA:

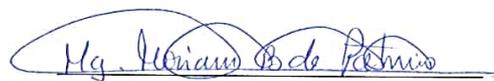
“INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN  
GESTANTES ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA,  
AGOSTO 2015- ENERO 2016”, el Trabajo de Investigacion ha sido sometida a  
consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del  
Título de:

MÉDICO CIRUJANO

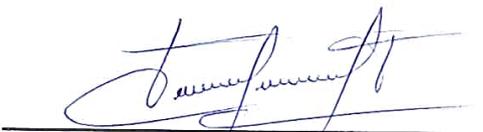
APROBADO



Dra. Yira Vásquez Giler Mgs.  
DECANA



Leda. Miriam Barreto Rosado Mgs.  
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE  
TITULACIÓN ESPECIAL DE LA FCS



Ab. Daniel Cadena Macías  
ASESOR JURÍDICO



Dr. César Fidel Mendoza Mendoza  
TUTOR DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN

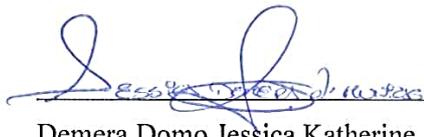


Dra. Carmen Campuzano Icaza  
REVISORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotros DEMERA DOMO JESICA KATHERINE y PONCE LOPEZ JAIRO RENATO egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación titulado, “INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN GESTANTES ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA, AGOSTO 2015- ENERO 2016” es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Tutor del trabajo de investigación, el DR. CESAR FIDEL MENDOZA MENDOZA

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este proyecto de investigación, pertenecen exclusivamente a los autores.



Demera Domo Jessica Katherine



Ponce López Jairo Renato

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION .....	V
CERTIFICACIÓN DE LA REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	VI
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACION .....	VII
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	VIII
TEMA .....	XIII
RESUMEN.....	XIV
SUMMARY .....	XV
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACIÓN .....	7
OBJETIVOS .....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVO ESPECÍFICOS .....	9
CAPITULO II .....	10
MARCO TEORICO.....	10
VARIABLES .....	21
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
VARIABLE DEPENDIENTE .....	21

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	22
CAPITULO III.....	26
DISEÑO METODOLÓGICO .....	26
TIPO DE ESTUDIO .....	26
LINEAS DE INVESTIGACIÓN .....	26
AREA DE ESTUDIO .....	26
UNIVERSO .....	26
MUESTRA.....	26
MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	27
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	27
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	27
METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS.....	27
PLAN DE ANALISIS Y TABULACION DE DATOS .....	27
RECURSOS .....	28
INSTITUCIONALES .....	28
TALENTO HUMANO .....	28
RECURSOS FÍSICOS .....	28
RESULTADO ESPERADOS .....	29
ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	30
TABLA N° 1 RANGO DE EDADES DE LAS GESTANTES NULIPARAS Y MULTIPARAS QUE FUERON INDUCTO-CONDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.....	31
TABLA N°2 PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES QUE FUERON INDUCTO- CONDUCIDAS CON OXCITICINA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA .	33
TABLA N° 3 NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.....	35

TABLA N°4 DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACION, CUANTAS GESTANTES NULIPARAS Y CUANTAS MULTIPARAS FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.....	37
TABLA N° 5 EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.....	39
TABLA N°6 CAUSAS MATERNAS ASOCIADAS A LA INDUCCION CON OXITOCINA EN GESTANTES MULTIPARAS Y NULIPARAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA .....	41
TABLA N°7 CAUSAS FETALES GESTANTES INDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.....	43
TABLA N°8 CAUSAS OVULARES EN GESTANTES INDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA .....	45
TABLA N°9 ¿COMPLICACION DE LA INDUCTO- CONDUCCION CON OXITOCINA EN GESTANTES MULTIPARAS Y NULIPARAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.....	47
TABLA N°10 DEL USO DE LA OXITOCINA CUANTAS MULTIPARAS Y NULIPARAS TERMINARON EN PARTO EUTOCICO Y CUANTAS EN CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA .....	49
CAPITULO IV.....	51
CONCLUSIONES .....	51
RECOMENDACIONES .....	53
CRONOGRAMA VALORADO .....	54
CAPITULO IV.....	55
PROPUESTA.....	55
TÍTULO .....	55
JUSTIFICACIÓN .....	55
FUNDAMENTACIÓN.....	56
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	56

OBJETIVO GENERAL:.....	56
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	56
BENEFICIARIOS.....	56
RESPONSABLES .....	57
UBICACION SECTORIAL Y FÍSICA .....	57
FACTIBILIDAD.....	57
ACTIVIDADES.....	58
RECURSOS .....	58
HUMANOS: .....	58
MATERIALES: .....	58
INFRAESTRUCTURA .....	58
CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS .....	59
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA .....	59
IMPACTO.....	60
FODA.....	61
CAPITULO VI.....	62
BIBLIOGRAFIA .....	62
CAPITULO VII .....	64
ANEXOS .....	64
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	64
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA .....	68

TEMA

“INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN GESTANTES  
ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA, AGOSTO 2015- ENERO  
2016”

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de evaluar los efectos de la Inducción y Conducción con oxitocina en el manejo activo del alumbramiento con gestantes nulíparas y multíparas. El estudio fue realizado en el Hospital General de Jipijapa en el periodo de agosto de 2015 a Enero de 2016. El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo y prospectivo y las embarazadas fueron asignadas al azar siendo la muestra representativa (100 en total) del grupo de gestantes que fueron atendidas en el servicio de gineco- obstetricia de dicha casa de salud dentro del periodo determinado para la realización de la presente investigación. Se evaluó la duración del alumbramiento, valores de hemoglobina antes y después del parto y las complicaciones que presentan durante el parto pese al uso de la oxitocina. En las pacientes que fueron parte de esta investigación se comprobó que el uso de la oxitocina en algunos casos no es controlado, generando problemas en las pacientes como hiperdinamia uterina, muchas veces cesárea ; y en cierto grupo de recién nacidos complicaciones como estado fetal inestable, asfixia perinatal, dificultad al inicio de la lactancia, presenta agar bajo de los recién nacidos y dificultad en el proceso del neuro desarrollo del neonatal. Con todo lo antes mencionado se establece que el uso de la oxitocina en el proceso del parto solo debería ser en casos emergentes y con el debido consentimiento de la paciente y sus familiares.

Palabras claves: Inducción, Conducción, Oxitocina, Nulíparas, Multíparas

## SUMMARY

This research work of the research was conducted in order to evaluate the effects of oxytocin induction driving in the active management of labor in nulliparous and multiparous pregnant. The study was conducted at the General Hospital of Jipijapa in the period August 2015 to January 2016. The research design was descriptive and prospective and pregnant women were randomly assigned to be the representative sample (100 in total) of group of pregnant women who were treated in obstetrics gynecological health of that house within the specified period for conducting this investigation. the duration of delivery, hemoglobin values before and after delivery and the complications that occur during childbirth despite the use of oxytocin was evaluated. In patients who were part of this investigation it was found that the use of oxytocin in some cases is not controlled, creating problems in patients as uterine hyperdynamia, often cesarean section; and in a group of newborn complications such as unstable state, perinatal asphyxia, difficulty breastfeeding initiation, it presents agar low of newborns and difficulty in the process of neuro neonatal development. With all the above states that the use of oxytocin in the birthing process should only be in emergency cases and with due consent of the patient and family

Keywords: Induction, Driving, Oxytocin, Gilts, Multiparou

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

La inducción al parto es una intervención para iniciar artificialmente las contracciones uterinas para producir el borramiento y la dilatación del cuello uterino y terminar en el nacimiento. La conducción se realiza con las membranas intactas o rotas con la condición de que la embarazada no esté en trabajo de parto; como cualquier intervención médica puede tener efectos indeseables. (Pintag Guananga, 2013)

Está indicada cuando la madre o el niño lograrán un beneficio mayor que si el embarazo continúa. Sólo debería ser considerada si la vía vaginal es la más apropiada para el nacimiento. La inducción al parto es un procedimiento común que se observa en alrededor del 20% de las mujeres embarazadas y es indicada por diferentes razones

Se caracteriza por la administración parenteral de una solución diluida de oxitocina es el medio más eficaz y utilizado para inducir el trabajo de parto por bomba de infusión. La oxitocina intensifica el patrón de ritmo inherente de motilidad del útero que con frecuencia se vuelve clínicamente evidente en el último trimestre y aumenta a medida que se aproxima el término. ( Basso Garrido, 2013)

La oxitocina activa el camino de la Fosfolipasa C- inositol y aumenta los niveles de calcio intracelular, estimulando las contracciones en el miometrio. La vida media plasmática de la oxitocina es de 3 a 4 minutos. No hay diferencia fisiológica entre el trabajo de parto estimulado con oxitocina y el natural. Durante el primer período del trabajo de parto espontáneo, se libera oxitocina en pulsos desde la hipófisis posterior y su concentración aumenta en el segundo período. ( Chacón Barboza, 2014)

La presencia de un cuello desfavorable pronostica que el parto tardará en desencadenarse; cuanto más inmaduro es un cérvix, más probabilidad de fracaso de la inducción, por ello la maduración cervical previa a la inducción del parto aumenta las posibilidades de éxito. (Pintag Guananga, 2013)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la norma de atención materna infantil la inducción es la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto para lograr el nacimiento de la unidad feto placentario. La conducción es la estimulación de las contracciones uterinas cuando las contracciones espontáneas han fallado en lograr una dilatación cervical progresiva y/o descenso del feto.

Se ha determinado que el trabajo de parto prolongado en donde las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix puede generar graves consecuencias tanto como para la madre como para el recién nacido; es por esta razón que dentro del presente trabajo de investigación se plantea la utilización de la inducto-conducción como un método alternativo que se basa fundamentalmente en la utilización de una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía). Este procedimiento busca abreviar el trabajo de parto para evitar complicaciones relacionadas con una prolongación indebida, y para evitar la cesárea.

El parto disfuncional, incluido por la OMS en el parto obstruido, es causa de 8 % de la mortalidad materna en el mundo. Así, la utilización de diferentes protocolos con modalidades de tratamiento activo para tratar la fase latente prolongada del trabajo de parto, está encaminada a mejorar los resultados materno-perinatales, como parte de las acciones para garantizar un parto seguro.

La decisión de la inducción debería surgir en medio de la discusión colectiva perinatológica, la cual de ser ilógica e inaceptable pondría en riesgo al feto, a la madre y al juicio profesional del médico. En los últimos años se han descubierto prostaglandinas sintéticas con efecto muy potente sobre la fibra colágena del cuello y la dinámica uterina que favorecen la maduración del cérvix, la expulsión del producto y la disminución del número de maniobras obstétrica.

Si bien la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar una labor de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser perjudicial por esta razón el uso de este método debe ser explicado con detalle tanto a la paciente como a sus familiares.

La conducción con oxitocina sintética puede provocar una hiper estimulación uterina, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina, aumentando así el riesgo de una serie de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto en sí. Asimismo, ese tipo de intervenciones clínicas no justificadas despojan a las mujeres de su autonomía y dignidad durante el trabajo de parto y pueden tener un impacto negativo sobre su experiencia de parto.

La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aún más crucial en las multíparas. No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.

Un estudio publicado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) subrayó que las mujeres a las que se les provoca contracciones con medicación, tienen tres posibilidades más de necesitar anestesia o de ser admitidas en cuidados intensivos. También son más propensas a cesáreas y a otras intervenciones médicas, por la prolongación del plazo de recuperación.

En base a los antes mencionados nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cómo se evaluarán los efectos de inducto conducción en el trabajo de parto mediante la aplicación de la oxitocina en gestantes área de Ginecología, Hospital de Jipijapa, Agosto 2015- Enero 2016?

## DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Salud.

Área: Clínica.

Problema: INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN  
GESTANTES

Delimitación espacial: Hospital de Jipijapa

Delimitación Temporal: Tiempo: Agosto 2015- Enero 2016

## ANTECEDENTES

La inducción del trabajo de parto es una práctica muy difundida en todo el mundo en aquellos casos en los que la continuación del embarazo representa un peligro tanto para la madre como para el feto. En el Hospital Universitario Assiut (Assiut University Hospital), en Assiut, Egipto, que es un centro de referencia, en 2010 hubo un caso de inducción de trabajo de parto por día, lo que se tradujo en una tasa de inducción anual de aproximadamente un 6%. Esta cifra se incrementó al 7.8% en 2011, al 13% en 2012 y al 18% en 2013 ( Abdel-Aleem , 2014)

Existe un estudio realizado en

La primera valoración para predecir el éxito o fracaso de la inducción la presentó Bishop en 1964, relacionando el fracaso con índices bajos, menores de 4 puntos (2). Este índice, es más bien predictor de la duración del trabajo de parto que del éxito o fracaso de la inducción, toda vez que la inducción del trabajo de parto es la producción artificial de contracciones uterinas en una embarazada que no las presenta espontáneamente (3,4). Para la inducción del trabajo de parto se ha empleado una gran variedad de procedimientos mecánicos, físicos, eléctricos, farmacológicos o una combinación de estos (5-9).

A pesar de que la infusión endovenosa de oxitocina es un método de inducción eficaz y seguro, su éxito depende de las condiciones del cuello uterino al inicio del procedimiento. Las prostaglandinas presentan la ventaja sobre la oxitocina, de que además de producir contracciones uterinas producen maduración cervical directa.

Dado su significativo papel en el parto, la oxitocina se ha usado de forma artificial desde los años 50 para inducir o provocar el parto al estimular las contracciones del útero. La administración de la oxitocina suele hacerse de forma intravenosa. Se empieza por una dosis inicial baja, que se va incrementando poco a poco en función del efecto conseguido. Las contracciones suelen aparecer en unos 30 minutos una vez iniciado el tratamiento. Si tras 12 horas no se ha logrado llegar a una fase activa de

parto, la mayoría de los autores consideran que se trata de un fracaso de inducción y suelen optar por realizar una cesárea. Aunque hay algunas madres o médicos que prefieren inducir el parto por comodidad, la mayoría de las inducciones se deben a que existe algún tipo de peligro para la madre o el bebé durante el trabajo de parto y no es aconsejable prolongarlo durante mucho más tiempo.

En el 2013 en Ecuador se realizó un estudio sobre la valoración y análisis del índice de Bishop para la inducto-conduccion en mujeres nulíparas y Multíparas en el Hospital, Rafael Rodríguez Zambrano de Manta desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, fue un estudio retrospectivo enmarcado dentro del diseño de campo de corte transversal no experimental valoración siendo la población de 16 pacientes el mayor porcentaje es 31% y se encuentran mujeres con rangos de 17-18 años, el 25% entre 21-22 años, su edad gestacional se observa incidencia de presentación de Embarazo Post Término en 9 pacientes siendo el 56%, Rpm en 4 paciente 25% y óbito Fetal en 3 pacientes 19%, 9 pacientes ( 56%) tuvieron un índice de Bishop de 0 a 6 se les realizó maduración cervical con misoprostol sin necesidad de inducto conducción , el 13 % con índice de Bishop de 0 a 3 se realizó maduración cervical con misoprostol más inducto conducción con Oxitocina (Pintag Guananga, 2013)

## JUSTIFICACIÓN

El inicio del parto clínico coincide con la fase activa, que comienza cuando la dilatación cervical ha alcanzado 2-3 cm según la SEGO y 4cm según la OMS, con unas condiciones favorables para su inicio (cérvix centrado y blando), y finaliza cuando se alcanza la dilatación completa. Por el contrario, estudios recientes consideran que el inicio de la fase activa ocurre cuando se alcanzan una dilatación superior (5-6cm). (Zhang J, 2013)

La importancia de este proyecto de investigación será establecer las indicaciones del uso de la oxitocina en la labor de parto en las nulíparas y multíparas con el objetivo de disminuir la incidencia de complicaciones.

El Hospital General de Jipijapa es una institución pública que permitirá el acceso a las historias clínicas y la valoración de las usuarias dando factibilidad a la investigación establecida, contando con el apoyo incondicional del personal médico, y la guía del tutor y revisor del proyecto de investigación quienes compartirán su experiencia en la elaboración de este estudio, mientras que los recursos económicos se obtendrán del autofinanciamiento.

En esta casa de salud es frecuente la inducción del trabajo de parto, debido a diversas patologías que ameritan la terminación del embarazo, y/o por alguna indicación médica; desafortunadamente, no existe un registro estadístico de los resultados y complicaciones de la inducción mediante el uso de la oxitocina. Además teniendo en cuenta que ningún fármaco es 100% seguro y que existe la posibilidad de presentar efectos secundarios o complicaciones durante su uso, es que se plantea el estudio del comportamiento de las gestantes durante la inducción del parto con oxitocina.

El beneficio del proyecto investigativo será para el Hospital General de Jipijapa ya que se obtendrá una base de datos sobre la adecuada aplicación de las normas

establecidas por el Ministerio de Salud Pública sobre el manejo de la labor de parto mediante el uso de la oxitocina.

El impacto se pretenderá modificar los factores de riesgo originar las complicaciones durante la labor de parto inducida con oxitocina.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos inducto conducción en el trabajo de parto con oxitocina en gestantes área de ginecología, Hospital de Jipijapa, Agosto 2015- Enero 2016.

### OBJETIVO ESPECÍFICOS

Reconocer las características socio-demográficas de la población en estudio.

Establecer la causalidad y las complicaciones maternas fetales asociada a la Inducto conducción que puede originar la aplicación de la oxitocina.

Evaluar la eficacia del uso de oxitocina en la induc-conducción de la labor de parto.

Realizar charlas de capacitación sobre los beneficios y complicaciones de inducción de la labor de parto con oxitocina dirigida al personal de salud y familiar.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

El embarazo, parto y puerperio son eventos que la humanidad ha vivido en forma natural desde sus inicios, sin embargo, en algunas circunstancias los procesos fisiológicos pueden verse alterados y así poner en riesgo de vida a la mujer-madre y/o al feto-recién nacido/a. Afortunadamente el conocimiento ha avanzado lo suficiente en algunas áreas por lo cual se puede prevenir, detectar y actuar en algunas situaciones desviando el camino que podría llevar a un mal resultado obstétrico-perinatal y la vigencia de los derechos humanos básicos. ( Basso Garrido, 2013)

El trabajo de parto se caracteriza por contracciones dolorosas que aumentan de frecuencia, intensidad y duración acompañadas por una dilatación cervical en , debido a que la velocidad de la dilatación se acelera de forma aguda y la curva del trabajo de parto se inclina aún más. (Friedman, 2012)

Estas curvas proveen útiles guías para la atención del trabajo de parto, ya que mediante la comparación de la curva de dilatación cervical de una paciente con el perfil normal descrito por Friedman , es posible detectar patrones anormales de progresión e identificar los partos con riesgo de una mala evolución. Este trabajo puede facilitarse con el uso de un partograma (representación gráfica de la curva de parto). De este modo, los patrones anormales pueden identificarse con facilidad, lo cual permite tomar la decisión adecuada en cada momento. (Cohen, 2014)

La fase activa del parto se divide en 3 etapas: aceleración, pendiente máxima y desaceleración:

La etapa de aceleración es corta y variable, abarca desde los 2cm a los 4cm de dilatación. Es una fase importante para definir el resultado final del trabajo de parto, ya que cuando ésta se alarga, suele indicar que el parto será prolongado.

La etapa de pendiente máxima nos da una idea de la eficacia de la fuerza de las contracciones para dilatar el cérvix, dado que en ella ocurre la mayor parte de la dilatación cervical, desde los 4 a los 9 cm. (Rouse & Owen, 2013)

La desaceleración comprende la etapa final del primer período del parto y es la que da paso al segundo. Aquí se refleja la relación feto-pélvica, ya que en esta fase comienza a ser más evidente el descenso del punto guía. Para alcanzar la dilatación completa resulta indispensable que el cuello se retraiga alrededor de la parte fetal presentada y tenga una pendiente poco pronunciada. (Berghella V, 2012)

La actividad uterina puede ser medida de manera cualitativa a través de la observación y palpación del abdomen o bien mediante registro tocográfico externo. Estas formas de medición nos darán información de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones. Para una medición cuantitativa podremos utilizar un registro de presión intrauterina. Se ha comparado el uso de la tocografía externa e interna, y se ha visto que ambos métodos son equivalentes en cuanto a tasas de partos instrumentados, de cesáreas y resultados neonatales (Cunningham FG, 2010)

El Desencadenamiento del trabajo de parto, es un proceso en el que están implicados el feto, la madre, y la placenta, de manera integrada y con componentes bien determinados. En las últimas dos décadas la tasa de inducción del trabajo de parto se ha duplicado en los Estados Unidos, llegando a más de 22% en aquellas embarazadas que tienen inducción.

## INDUCCION

El objetivo de la inducción del trabajo de parto es el de estimular las contracciones uterinas antes de su inicio espontáneo para tener como resultado un parto vaginal. Por lo tanto, podemos decir que la inducción del trabajo de parto hace referencia a un conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen

el cuello (borramiento y dilatación) y provoquen la expulsión fetal después de la semana 22 de gestación.

La inducción es una de las intervenciones mejor estudiadas en el mundo, con resultado satisfactorio en el desenlace.

## INDICACIONES PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

Las indicaciones se refieren a aquellas situaciones obstétricas en las cuales el modo más conveniente de optimizar el desenlace materno fetal es la inducción del trabajo de parto.

Cuando los beneficios de la inducción son más grandes que los riesgos de continuar el embarazo, esta serie de procedimientos para desencadenar el parto pueden justificarse como una intervención terapéutica. Algunas indicaciones no son absolutas; deben considerarse las particularidades maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello y otros factores. Estas indicaciones se dividen en maternas, fetales y ovulares, y pueden ser:

### 1 Maternas

Preeclampsia, Diabetes, Hipertensión crónica, Oligohidramnio, muerte fetal (óbito), enfermedad renal.

### 2 Fetales

Malformación incompatible con la vida, Embarazo prolongado, Pacientes con embarazo entre 41 a 42 semanas, para disminuir el riesgo de tener un embarazo prolongado, Restricción del crecimiento intrauterino.

### 3 OVULARES

Ruptura de membranas en embarazo a término, Ruptura de membranas y signos de infección, Ruptura de membranas en embarazos iguales o mayores a 34 semanas pretermino.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sugiere que debe ser tomada la Decisión de inducción con discreción en el caso de embarazo múltiple, polihidramnios, Enfermedad cardiaca materna e hipertensión materna severa.

### CONTRAINDICACIONES

Generalmente las contraindicaciones para la inducción son las mismas que las de un trabajo de parto y un parto vaginal espontáneos. Estas incluyen, pero no están limitadas, las siguientes condiciones:

Sufrimiento fetal, patrón anormal de la frecuencia cardiaca fetal, Situación Transversa, Presentación podálica, Hemorragia del tercer trimestre no controlada, Placenta previa.

#### 1 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Alergia o antecedentes de hipersensibilidad al medicamento, Situación transversa o Embarazo gemelar con primer feto transverso, Prolapso de cordón, Placenta Previa Total, Vasa Previa, Cirugía previa del fondo uterino, Cesáreas previas

#### 2 CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

Embarazo Gemelar con fetos en cefálica, Polihidramnios, Presentación Podálica, Hipertensión Severa, Enfermedad Cardiaca de la madre, Ruptura de membranas ovulares sin trabajo de parto.

Numerosas complicaciones del embarazo necesitan inducción del parto. Cuando el cérvix es favorable, la inducción del parto puede ser más exitosa.

## CONDUCCION

La intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía).

En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto de la conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto.

## INDICACIONES PARA LA CONDUCCION

La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños

Se debe realizar una vigilancia extrema de la embarazada con conducción especialmente si el fármaco a usarse es la oxitocina por los riesgos que entraña para la madre la hiperestimulación uterina y que el feto la condición fetal inestable.

Este procedimiento debe realizarse en el ambiente hospitalario que presente el monitoreo de la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal que permita manejar los resultados incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal.

## OXITOCINA

La oxitocina es un elemento importante que permite la dilatación cervical previa al parto y las sucesivas contracciones que se producen durante la fase secundaria y terciaria del parto, pero se utilizaría generalmente en casos específicos, como por ejemplo tras una rotura de aguas que posteriormente no ha evolucionado desencadenando los mecanismos de parto.

Gran parte del arte de una buena atención obstétrica implica evitar la cesárea que se refleja en un 10%-15% de los casos a nivel mundial según la organización mundial de la salud, con sus complicaciones inherentes. Se requiere, en ocasiones, un método para iniciar el proceso normal del trabajo de parto en algún momento antes de que se inicie espontáneamente.

La oxitocina es el fármaco utilizado con mayor frecuencia para inducir el trabajo de parto, es un octapéptido que se produce en los núcleos paraóptico y supraventricular y se almacena en la hipófisis posterior.

Comparando la eficacia de la oxitocina con otros fármacos para inducir el trabajo de parto (Prostaglandinas intracervicales o vaginales) se reveló que había mayor probabilidad de partos dentro de las 24 horas con la oxitocina que con las prostaglandinas.

La administración parenteral de una solución muy diluida de oxitocina es el medio más eficaz y utilizado para inducir el trabajo de parto. La oxitocina intensifica el patrón de ritmo inherente de motilidad del útero que con frecuencia se vuelve clínicamente evidente en el último trimestre y aumenta a medida que se aproxima el término. La oxitocina activa el camino de la Fosfolipasa C- inositol y aumenta los niveles de calcio

intracelular, estimulando las contracciones en el miometrio. La vida media plasmática de la oxitocina es de 3 a 4 minutos. No hay diferencia fisiológica entre el trabajo de parto estimulado con oxitocina y el natural. Ya que el primer período del trabajo de parto espontáneo, se liberan oxitocina en pulsos desde la hipófisis posterior y su concentración aumenta en el segundo período. Con la inyección intravenosa de oxitocina, su concentración plasmática aumenta durante los primeros 20 minutos y después se mantiene sin cambio, circulando en forma no unida, siendo excretada por el hígado y los riñones.

La respuesta miometrial a la concentración de oxitocina varía según el estado del cuello uterino, sensibilidad del útero, variabilidad de la tasa de depuración de oxitocina, duración del embarazo y existencia previa de contracciones. La capacidad de respuesta miometrial a la oxitocina se inicia a las 20 semanas de gestación y aumenta después de modo gradual para alcanzar un máximo antes del inicio de trabajo de parto, que coincide con un momento en que la concentración de receptores específicos de la hormona alcanza su máximo.

## DOSIS Y ADMINISTRACIÓN

La dosis de oxitocina debe ser individualizada, es necesario determinar la dosis mínima Eficaz para cada paciente, luego utilizarse para iniciar el trabajo de parto. Hay variación significativa en cuanto a la dosis inicial de oxitocina, intervalo y frecuencia de

Incrementos de la dosis. Se ha demostrado que después de la administración intravenosa de oxitocina ocurre respuesta uterina en 3 a 5 minutos y se alcanza una concentración plasmática constante a los 40 minutos.

Algunos investigadores han recomendado dosis bajas (1 a 2 mU/min) que simulan al tipo fisiológico de recreación endógena. Otros favorecen dosis altas (6 mU/min) o Farmacológicas de oxitocina para el tratamiento activo del trabajo de parto. En ningún esquema, debe superarse la dosis máxima de 40 mU/min. Ambos métodos, esquema fisiológico y esquema farmacológico, tienen un éxito equivalente para establecer un trabajo de parto adecuado.

Se recomienda una dosis de oxitocina suficiente para producir contracciones uterinas con frecuencia de cada 2 a 3 minutos, duración de 60 a 90 segundos y presión intrauterina de 50 a 60 mmHg.

La inducción con oxitocina se realizó con una venoclisis de dextrosa en agua al 5 % o solución salina al 0.9% que contenía 10 UI de oxitocina; se comenzó con:

Dosis bajas de 0,5 - 1 gotas/minuto con aumento de dosis de 30-40min, máximo de dosis 20gotas/min.

Dosis bajas de 1-2 gotas/min con aumento de 2 gotas cada 15 min máximo 40 gotas por minuto.

Con dosis alta 6 gotas/min con aumento de 6, 3,1gotas/min 15-40 gotas/min en 42 minuto hasta obtener dinámica uterina efectiva.

#### INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Debe establecerse una indicación clara de la inducción del trabajo de parto y valorar con registro el estado materno fetal.

Todo el personal médico que administra oxitocina debe poseer un conocimiento Exhaustivo de su fisiología, farmacología y complicaciones.

El personal médico debe ser capaz de identificar complicaciones por el uso de Oxitocina y tratarlas.

Antes de la administración de oxitocina, debe informársele a la paciente de los riesgos y beneficios potenciales de su administración.

La administración de oxitocina se controla mejor con una bomba para inyección constante.

Es responsabilidad del médico determinar que se añada la cantidad correcta de oxitocina al frasco de venoclisis y que se administre la dosis específica en mil unidades por minuto.

Se prefiere la vía intravenosa (la administración intramuscular de oxitócicos es peligrosa).

Deberá aumentarse la oxitocina de forma aritmética en incrementos de 2 mU a intervalos de quince minutos. Se ha comunicado fracaso de la inducción del trabajo de parto con la solución acostumbrada de oxitocina o amniotomía, cuando el cuello uterino no está maduro y la puntuación Bishop es de cuatro o menos. En muchos casos, basta con añadir 0.1 ml de oxitocina a 1 ml de solución de dextrosa a 5% en agua (1 mU/ml). Es decir, cada ml de solución contendrá 1 mU de oxitocina.

Cuando las contracciones de 50 a 60 mmHg (presión de registro interno) o 40 a 60 mmHg (presión de registro externo) se presentan a intervalos de 2.5 a 4 minutos, no debe incrementarse más la dosis de oxitocina. Se vigila la actividad uterina de manera continua para evitar la hiperestimulación. La vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal detectará cualquier respuesta anormal a las contracciones uterinas. Una vez que el trabajo de parto avanza y la intensidad de las contracciones uterinas aumenta, debe disminuirse la velocidad de inyección de oxitocina o interrumpirse para evitar la hiperestimulación.

Durante la fase activa del trabajo de parto se registran dilatación cervicouterina, borramiento, descenso de la presentación e intensidad de las contracciones.

#### RIESGOS DE LA OXITOCINA

Si se hace necesario el nacimiento, el uso de oxitocina o cualquier otro tipo de inducción del parto tiene riesgos que el clínico debe tener en cuenta con los de proceder directamente a una cesárea: Puede ocurrir hiperestimulación con o sin cambios de la frecuencia cardíaca fetal.

Si ocurren éstos cambios, su duración suele ser limitada, la recuperación es pronta y el significado a largo plazo prácticamente nulo.

La vigilancia continua de la frecuencia cardiaca fetal es importante, al grado de que si no puede hacerse, debe considerarse seriamente abandonar el intento de inducción en la mayor parte de los casos.

Los trastornos hipertensivos del embarazo, en particular, pueden crear circunstancias clínicas en las que la tolerancia fetal del trabajo de parto es marginal, incluso en la fase latente. El riesgo de inducción fallida tiene fuerte vínculo con el grado de maduración cervicouterina.

La máxima desventaja del uso de la oxitocina como fármaco para inducción es que en ocasiones actúa lentamente, sin embargo su ventaja máxima es que puede en caso de evento adversos es que puede interrumpirse con rapidez. La rotura uterina es una de las complicaciones más temidas del embarazo y ocurre ocasionalmente con o sin cicatriz uterina.

La presentación puede perder de manera espontánea su altura y si ocurre expulsión del cuerpo fetal hacia el abdomen materno, se nota bradicardia, muerte fetal y anomalías a la exploración abdominal materna.

Los riesgos evitables del uso de oxitocina incluyen hipotensión por dosis intravenosa rápida e hponatremia. La hiperbilirrubinemia neonatal es un riesgo comunicado que no tiene métodos obvios de prevención.

Puede ocurrir desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y laceración cervicouterina durante el trabajo de parto. Un trabajo de parto prolongado con estimulación por oxitocina puede concluir con atonía uterina posparto y hemorragia consecutiva, en especial, cuando se acompaña de corioamnionitis.

La duración de la labor de parto puede ser corta y pueden disminuir los partos por cesárea, cuando la inducción con oxitocina es descontinuada en la fase activa de la labor de parto.

## VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Gestantes

### VARIABLE DEPENDIENTE

Inducto-Conduccion

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE : GESTANTES NULIPARAS Y MULTIPARAS			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Se define como gestante nulíparas aquellas embarazadas que no han culminado la gestación y las multíparas son aquellas que han presentado más de dos gestaciones culminadas sin complicaciones.	Características sociodemográficas	Edad	15-20 años 21 -26 años 27 – 32 años 33-38 años 39-45 años
		Procedencia	Zona Urbano Zona Rural
		Instrucción	Básica Secundaria Superior
		Paridad	Nulíparas Multípara
		Edad gestacional	35-38 semanas 39 a 41 semanas 42 semanas

---

**VARIABLE DEPENDIENTE : INDUCCION**

---

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>La Inducción del trabajo de parto es el de estimular las contracciones uterinas antes de su inicio espontáneo para tener como resultado un parto vaginal. Por lo tanto, podemos decir que la inducción del trabajo de parto hace referencia a un conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen el cuello (borramiento y dilatación) y provoquen la expulsión fetal después de la semana 22 de gestación.</p>	<p>Causas inducción</p>	<p>de Maternas</p>	<p>Preeclampsia</p> <p>Diabetes</p> <p>Hipertensión crónica</p> <p>Oligohidramio</p> <p>Muerte fetal (óbito)</p> <p>Enfermedad renal</p>
		<p>Fetales</p>	<p>Malformación incompatible con la vida</p> <p>Embarazo prolongado</p> <p>Restricción del crecimiento intrauterina</p>

---

---

VARIABLE DEPENDIENTE : INDUCCION

---

CONCEPTUALIZACIÓN

DIMENSION

INDICADOR

ESCALA

Ovulares

La ruptura de membranas en embarazo a término

Ruptura de membranas y signos de infección

Ruptura de membranas en embarazos iguales o mayores a 34 semanas pretermino

Complicaciones

Hiperdinamia uterina

Estado fetal inestable

---

---

VARIABLE DEPENDIENTE : CONDUCCION

---

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Es un proceso por el cual se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontaneo del trabajo de parto	Complicaciones de la conducción	Trabajo de parto	Hiperdinamia uterina Estado fetal inestable

---

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

Sera un estudio de tipo prospectivo porque se realizó en un determinado tiempo y descriptivo porque se describirán los beneficios y seguridad de uso de la oxitocina en la indoconducción de la labor de parto.

#### LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el 2014-2015, el presente proyecto investigativo se encuentra en la línea de Salud de grupos vulnerables.

#### AREA DE ESTUDIO

Hospital General de Jipijapa, Área de Ginecología, Provincia de Manabí, País Ecuador.

#### UNIVERSO

El universo estará constituido por usuarias ingresadas en el Área de Ginecología del Hospital General de Jipijapa

#### MUESTRA

La muestra estará constituida por las gestantes primigestas o multíparas sometidas a la inducto conducción de labor de parto con oxitocina

## MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomara en cuenta para la realización de este proyecto serán las gestantes primigestas o multíparas sometidas a la inducto conducción de labor de parto con oxitocina

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a los pacientes atendidos con otras patologías

## METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Previa autorización de las autoridades de Hospital General de Jipijapa; se usara una ficha de recolección de datos con preguntas de fácil resolución en la cual valoramos las características socio demográficas de las gestantes primigestas o multíparas sometidas a la inducto conducción de labor de parto con oxitocina

## PLAN DE ANALISIS Y TABULACION DE DATOS

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearan grafitablas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Además se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación

## RECURSOS

### INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud

Hospital General de Jipijapa

### TALENTO HUMANO

Investigadores: Demera Domo Jessica Katherine y Ponce López Jairo Renato

Personal que labora en el Hospital General de Jipijapa

Miembros del proyecto investigativo

Gestantes nulíparas y multíparas.

### RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

Tarjeta telefónica

Transporte

Recursos económicos

Adquisición de material bibliográfico

## RESULTADO ESPERADOS

Al finalizar la investigación buscaremos determinar las repercusiones que originaron en las gestantes la inducción de labor de parto con oxitocina. Además se implementará un proceso de capacitación que tendrá como objetivo brindar charla educativa dirigida al personal de salud para establecer los beneficios de la inducción con oxitocina en el trabajo de parto, así como las complicaciones de una inducción inadecuada.

Se determinará que tan adecuado y cuando es aconsejable dependiendo las circunstancias es el uso de la oxitocina para la inducción del trabajo de parto en gestantes nulíparas y multíparas

## ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

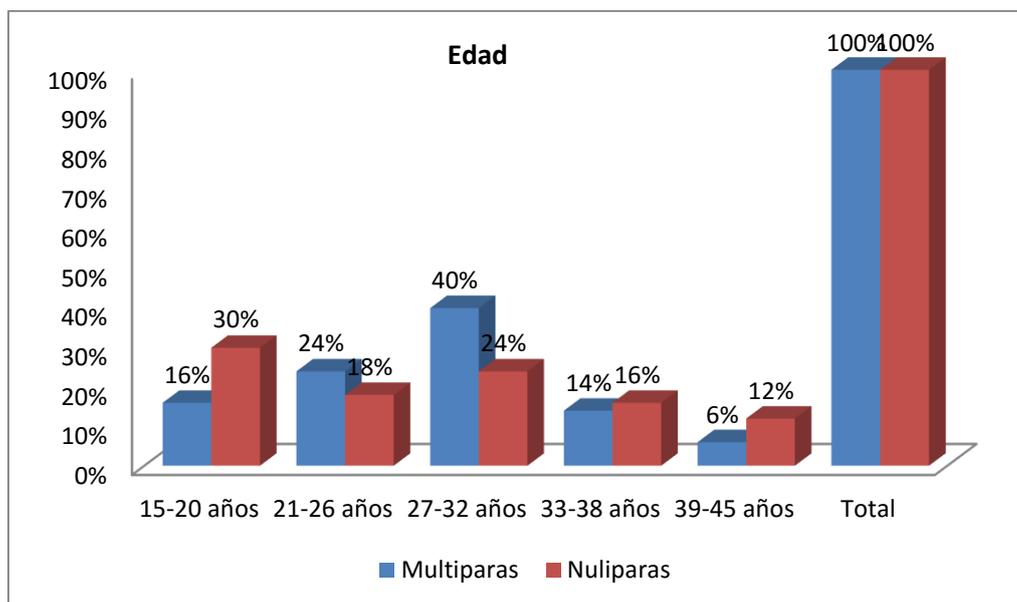
RANGO DE EDADES DE LAS GESTANTES NULIPARAS Y MULTIPARAS QUE FUERON INDUCTO-CONDUCCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.

EADADES	MULTÍPARAS		NULÍPARAS	
	F	%	F	%
15-20 años	8	16	15	30%
21-26 años	12	24	9	18%
27-32 años	20	40	12	24%
33-38 años	7	14	8	16%
39-45 años	3	6	6	12%
Total	50	100	50	100%

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N°1



## ANALISIS E INTERPRETACION

Una vez realizado el análisis e interpretación de la información recolectado se establece lo siguiente; que el rango de edad de gestantes multíparas con mayor porcentaje es el de 27 a 32 años siendo este un 40 % del total de las madres gestantes multíparas encuestadas, seguido de un 24% entre las edades de 21-26 años, continuando con 16% entre las gestantes de 15-20 años, finalizando con los menores porcentaje que son el 14% las de 33-38 años, y un 6% las de 39- 45 años. Considerando que el total de las madres encuestadas multíparas fueron 50 mujeres.

Respecto a la población de mujeres nulíparas investigadas se determinó que el rango de edades con mayor porcentaje es el que se encuentra entre 15-20 años con un 30% (15 mujeres) del total de mujeres investigadas, seguido de un 24% que se encuentran con edades de 27-32 años, el 18% de 21-26 años, el 16% entre 33-38 años, 12% en el rango de edad 39-45 años.

Los resultados obtenidos al ser contrastados con investigaciones similares realizadas por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Salud en la Universidad del Valle de Cali Colombia en el año 2013 guardan semejanza con el estudio la edad media con mayor porcentaje en ser inducto-conducidas con oxitocina es de 27-32 años para las gestantes multíparas y para las gestantes nulíparas se establece que la de mayor porcentaje es de 21-26 años por lo que, para ambos estudios.

TABLA N°2

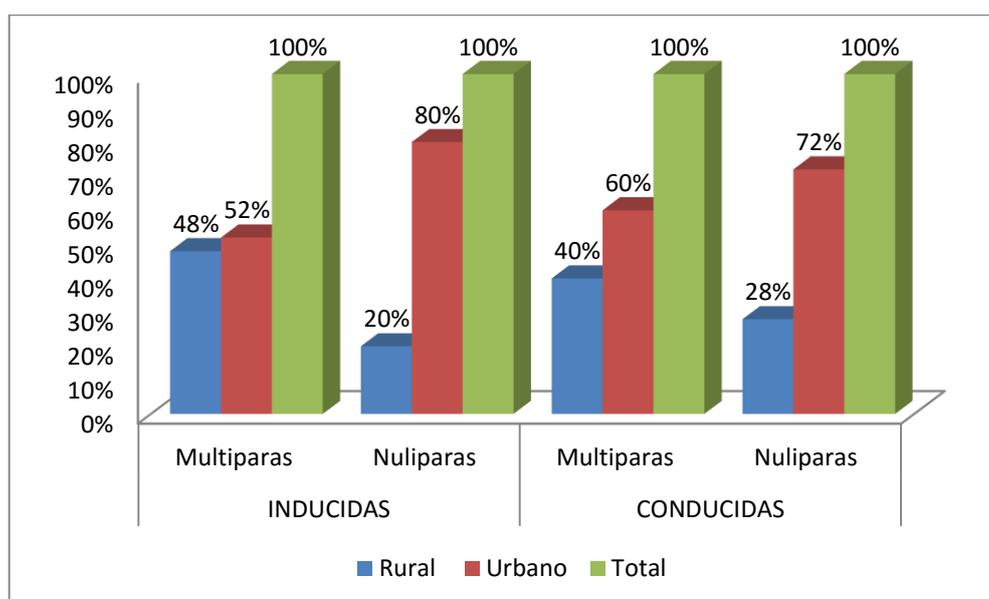
PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES QUE FUERON INDUCTO-CONDUCIDAS CON OXCITICINA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA

PROCEDENCIA	INDUCIDAS				CONDUCIDAS			
	MULTÍPARAS		NULÍPARAS		MULTÍPARAS		NULÍPARAS	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Rural	12	48	5	20	10	40	7	28
Urbano	13	52	20	80	15	60	18	72
Total	25	100	25	100	25	100	25	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N°2



## ANALISIS E INTERPRETACION

### INDUCIDAS

Con los datos recolectados dentro del proceso de investigación realizado en el hospital de Jipijapa podemos determinar que según el lugar de procedencia un 52 % (13 mujeres) de las madres multíparas provienen del sector urbano y un 48% (12) de las madres multíparas del sector rural. Para el caso de las madres nulíparas se determina según la información obtenida que un 69 % (20 mujeres) proviene del sector urbano y un 31 % (9 mujeres) del sector rural.

### CONDUCIDAS

Al tener la información necesaria, levantada en el hospital de Jipijapa y una vez realizado su respectivo análisis, se establece que según su lugar de procedencia un 40 % (10 mujeres) de las madres multíparas provienen del sector rural y un 60% (15) de las madres multíparas del sector urbano. Para el caso de las madres nulíparas se determina según la información obtenida que un 28 % (7 mujeres) provienen del sector rural y un 72 % (18 mujeres) del sector rural.

Entre estos dos grupos gestantes se llega a la conclusión que en mayor prevalencia están las del sector urbano, contrastados con estudios similares realizados en la Universidad Internacional de Sao Paulo en el año 2014 por el Dr Richar Lopez y en el Medical Center Policlínico Gineco-Obstétrico Polacion de Rio Bravo en Brasil, la mayor prevalecías se da en población del sector rural para ambas investigaciones. De esta manera se establece que no existe ningún tipo de relación con la localidad de donde habitan para ser inducidas o conducidas con oxitocina más bien es una decisión médica como todos sabemos, o en el caso de que la situación lo amerite.

TABLA N° 3

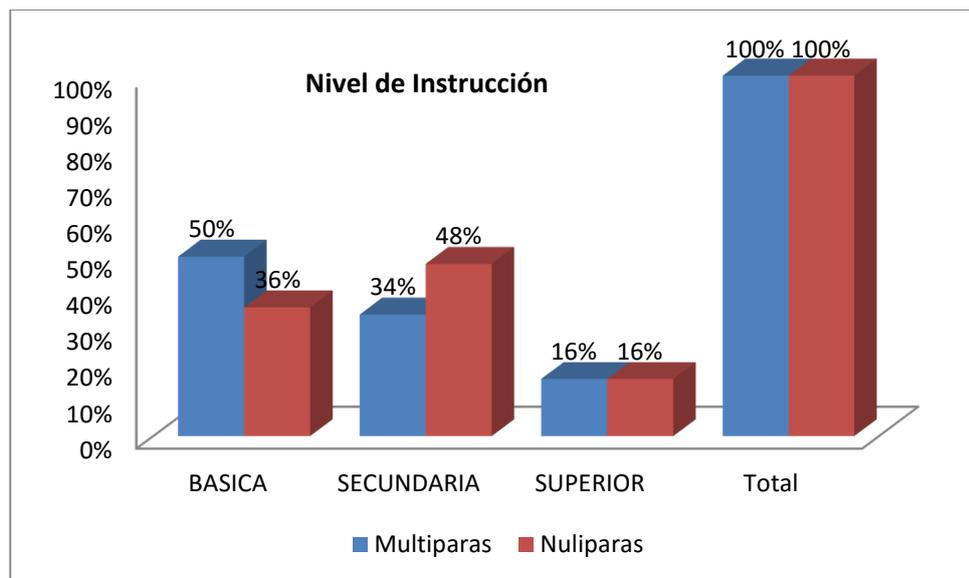
NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	MULTÍPARAS		NULÍPARAS	
	F	%	F	%
BASICA	25	50	18	36
SECUNDARIA	17	34	24	48
SUPERIOR	8	16	8	16
TOTAL	50	100	50	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N°3



## ANALISIS E INTERPRETACION

Una vez realizado los datos recolectados llegamos a la conclusión, que las gestantes multíparas un 50% que se refiere a una población 25 gestantes tienen un nivel de instrucción básica, el 34% que es un total de 17 gestantes tienen un nivel de instrucción secundaria, y el 16% que refleja un total de 8 gestantes cursaron por el nivel superior, dando un total que 50 gestantes multíparas pasaron por diferentes niveles de instrucción educativa que fueron un 100%.

Analizando el nivel de instrucción de gestantes nulíparas tenemos que un 48% que se refleja a una población del 24 gestantes nulíparas poseen un nivel de instrucción secundaria, el 36% que es un total de 18 gestantes por el nivel básico, y el 16% que presenta un total de 8 gestantes por el nivel de educación superior, reflejando un total de 50 gestantes de nulíparas pasaron por diferentes niveles de instrucción educativa que fueron un 100%.

Haciendo un análisis comparativo de los resultados alcanzados en la investigación con cifras obtenidas en estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2013 en el Grupo del Área de Ginecología, donde la mayor prevaecía de mujeres gestantes tienen educación básica con un 80% (800 en total) de una población de 1000 pacientes, contrastando con el estudio realizado en el Hospital de Jipijapa donde se definió una población de 100 pacientes, se establece que el porcentaje mayor en nivel de instrucción para las mujeres gestantes multíparas es educación básica con un 50 % (25 en total) y para las gestantes nulíparas es secundaria con un 48% ( 24 en total). Se define de esta manera que en ambos estudios en promedio las gestantes no alcanzan a terminar la secundaria, siendo este un problema para sus familias y la sociedad ya que esto intensifica los niveles de pobreza y de desconocimiento en educación sexual.

TABLA N°4

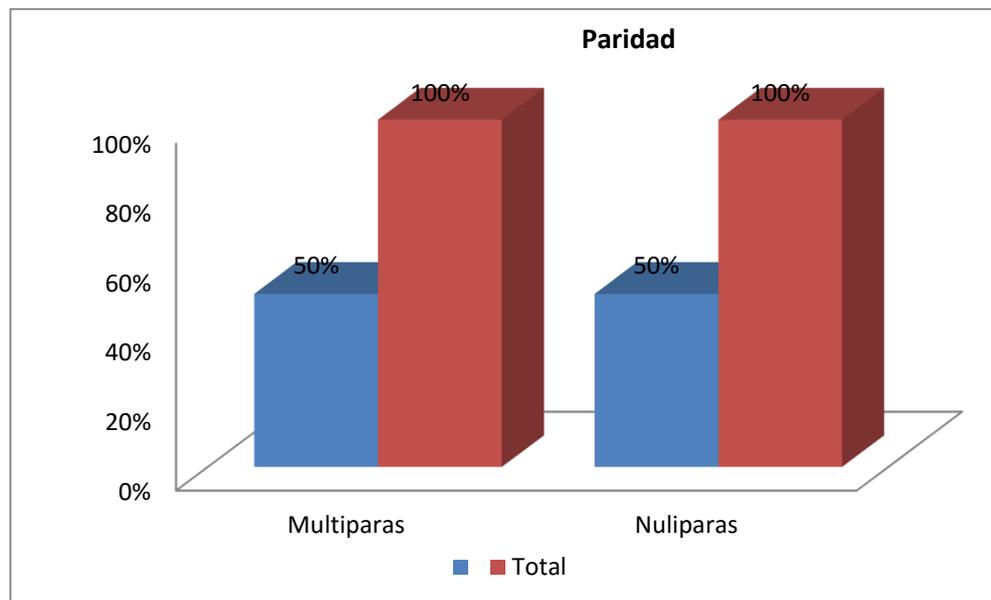
DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACION, CUANTAS GESTANTES NULIPARAS Y CUANTAS MULTIPARAS FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

PARIDAD	F	%
MULTÍPARAS	50	50
NULÍPARAS	50	50
TOTAL	100	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO NO 4



## ANALISIS E INTERPRETACION

Una vez analizados los datos recolectados llegamos a la conclusión, que los datos estadísticos según la paridad de las gestantes atendidas en el hospital general jipijapa fue la siguiente 50 multíparas que representa el 50% y 50 nulíparas que representa un 50% un total de 100 gestantes que refleja un 100%

Al comparar estos resultados con datos alcanzados en estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2013 llegamos a la conclusión que existe una igualdad en cuanto a la paridad en el número de gestantes que son inducto-conducidas con oxitocina en ambas investigaciones.

TABLA N° 5

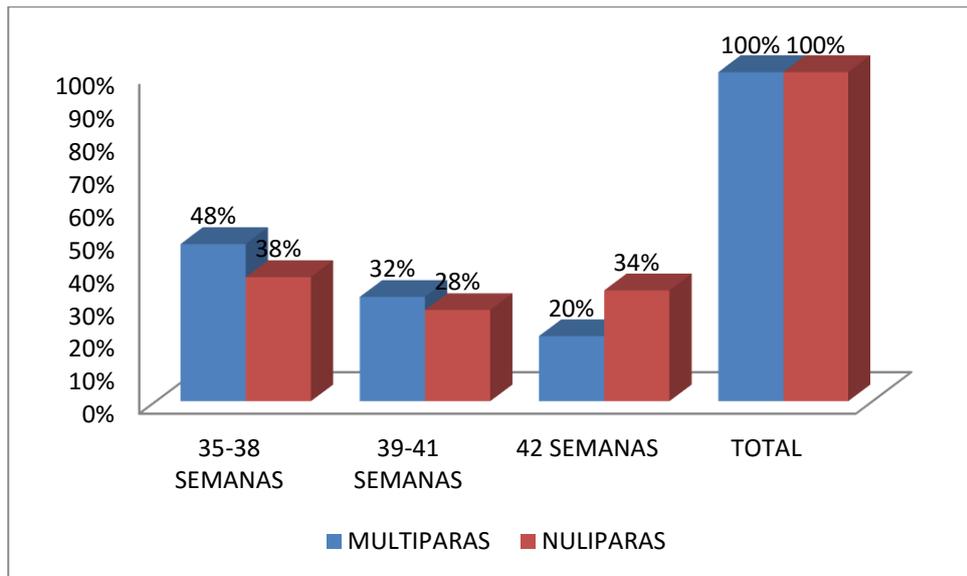
EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

EDAD GESTACIONAL	MULTÍPARAS		NULÍPARAS	
	F	%	F	%
35-38 SEMANAS	25	48	19	38
39-41 SEMANAS	17	32	14	28
42 SEMANAS	8	20	17	34
TOTAL	50	100	50	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N° 5



## ANALISIS E INTERPRETACION

Una vez analizados los datos recolectados llegamos a la conclusión, las gestantes multíparas en una población total de 50 determinamos que de acuerdo a su edad gestacional que fueron atendidas en el hospital general jipijapa el 48% que refleja un total de 24 multíparas estaban entre la edad gestacional de 42 semanas, el 32% que es una población de 16 gestantes estaban en una edad gestación de 39-41 semanas, y el 20% de gestantes que es un total de 10 estaban entre la semana 35-38.

Entre las 50 gestantes nulíparas tenemos que las fueron atendidas representa un 38% de gestantes que un total de 19 estaban entre la semanas a 35-38 edad gestacional, el 34 % que refleja un total de 17 gestantes estaban en la edad gestacional de 42 semanas, y el 14% que da un total de gestante de 14 estaban entre la edad gestacional de 39- 41

Respecto a las pacientes que asistieron a atención medica en el hospital básico Jipijapa fueron las de 35-39 semanas de gestación las que en menor porcentaje se realizaron los controles, estableciendo como análisis que algunas pacientes no se realizan los controles previos por ser de localidades rurales, esto genera un elevado riesgo durante el parto tanto para la madre como para el feto; por lo que el Ministerio de Salud Publica pone a disposición campañas anuales priorizando a este grupo vulnerable de la población. Debido a que en estudios de dicha organización arrojan que en los hospitales de su manejo a nivel nacional sucede lo mismo por lo que en la actualidad se maneja más estrictamente el control de la edad gestacional. (Datos obtenidos en el Ministerio De Salud Publica en el estudio realizado 2012 en Ecuador en las cuatro regiones/área de censo poblacional) que coincide con nuestra población estudiada.

TABLA N°6

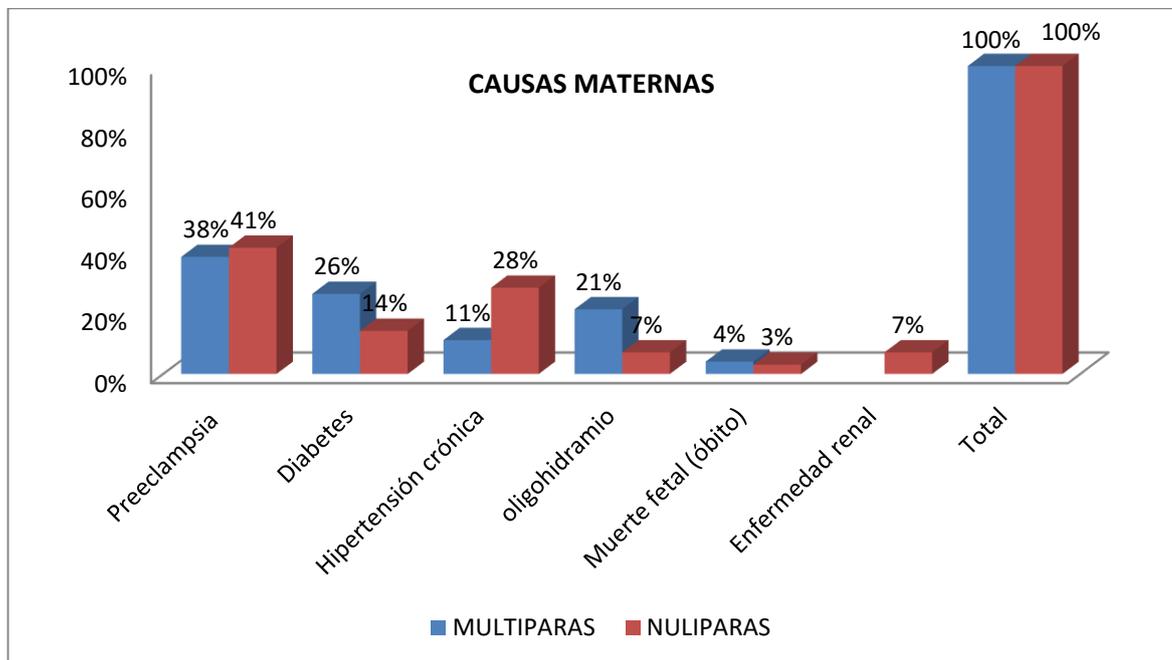
CAUSAS MATERNAS ASOCIADAS A LA INDUCCION CON OXITOCINA EN GESTANTES MULTIPARAS Y NULIPARAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

COMPLICACIONES MATERNAS	Multíparas		Nulíparas	
	F	%	F	%
PREECLAMPSIA	18	38	12	41
DIABETES	12	26	4	14
HIPERTENSIÓN CRÓNICA	5	11	8	28
OLIGOHIDRAMNIOS	10	21	2	7
MUERTE FETAL (ÓBITO)	2	4	1	3
ENFERMEDAD RENAL	0	0	2	7
TOTAL	47	100%	29	100%

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N°6



## ANALISIS E INTERPRETACION

Una vez realizado el debido análisis e interpretación de los datos recolectados como parte de la investigación realizada en el hospital de Jipijapa llegamos a la siguiente conclusión; de que las complicaciones maternas más frecuentes relacionadas al uso de oxitocina en las gestantes multíparas son las siguientes preeclampsia un 38% que refleja un total de 18 gestantes, diabetes un 26% que es un total de 12 gestantes y un 21% Oligohidramnios que refleja un total de 10 gestantes multíparas.

Con el estudio comparativo en el grupo de las nulíparas encontramos que la mayor patología fue preeclampsia con un 41% (12 nulíparas), seguido de hipertensión crónica con un 28% (8 nulíparas), y diabetes con un 14% (4 nulíparas).

Al realizar el análisis se establece que tanto para las gestantes multíparas como para las nulíparas la causa materna más frecuente es la preeclampsia. Contrastando estos resultados con investigaciones de iguales características realizadas en Colombia en el año 2013 por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en Cali, Colombia y por la Fundación para la Investigación en Reproducción y Medicina Perinatal. INVEST en la ciudad de Cali, se establece que la causa materna más habitual relacionadas al uso de la oxitocina es la preeclampsia con 73% de las pacientes de una población total de 1000 gestantes, por tal motivo se llega a la conclusión que el uso de la oxitocina solo debe ser en condiciones que comprometan, la vida de la madre o el feto, esta conclusión se alinea al acuerdo establecido por la OMS que se estableció a mediados del 2015.

TABLA N°7

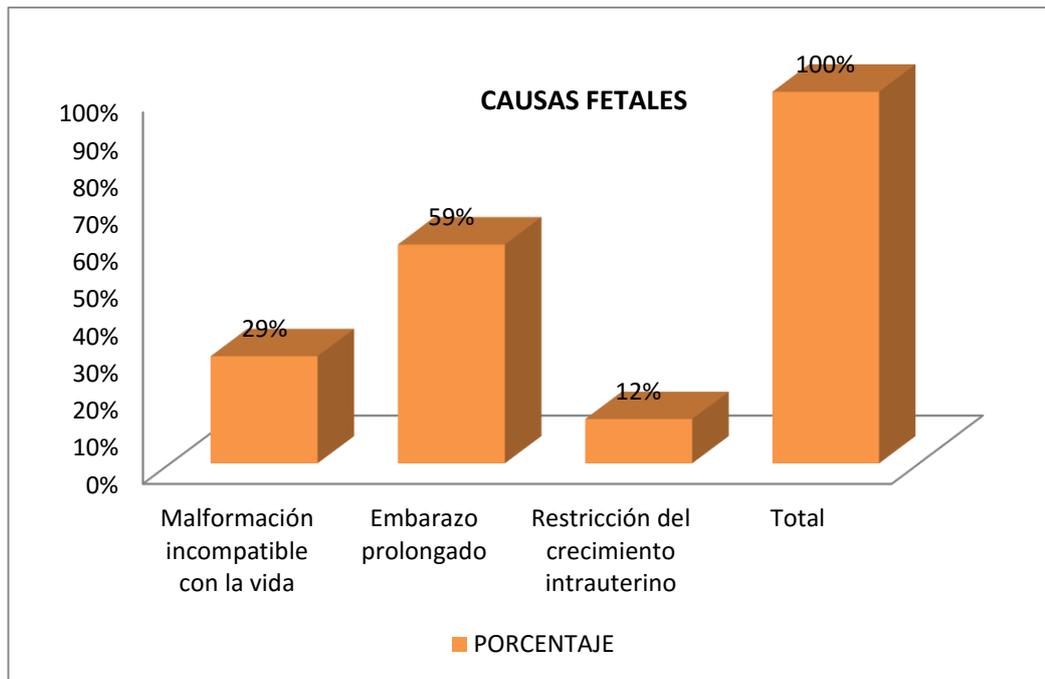
CAUSAS FETALES GESTANTES INDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

CAUSAS FETALES	F	%
EMBARAZO PROLONGADO	10	59
MALFORMACION INCOMPATIBLE CON LA VIDA	5	9
RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	2	12
TOTAL	17	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N°7



## ANALISIS E INTERPRETACION

Una vez realizado el análisis y la interpretación a los datos recolectados como parte de la investigación en el hospital de Jipijapa se llega a la conclusión de que las causas fetales en las gestantes relacionadas al uso de la oxitocina más frecuentes fueron el embarazo prolongado con un 59% y la malformación incompatible con la vida con un 29, así mismo se establece que la menos frecuente es la restricción del crecimiento intrauterino con un 12% del total de casos.

Estos resultados comparados con los de estudios similares realizados en Colombia por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en Cali nos ayudan a identificar que las causas fetales en las gestantes relacionadas al uso de la oxitocina son más frecuentes es el embarazo prolongado seguido de las malformaciones incompatibles con la vida sin ningún porcentaje específico.

TABLA N°8

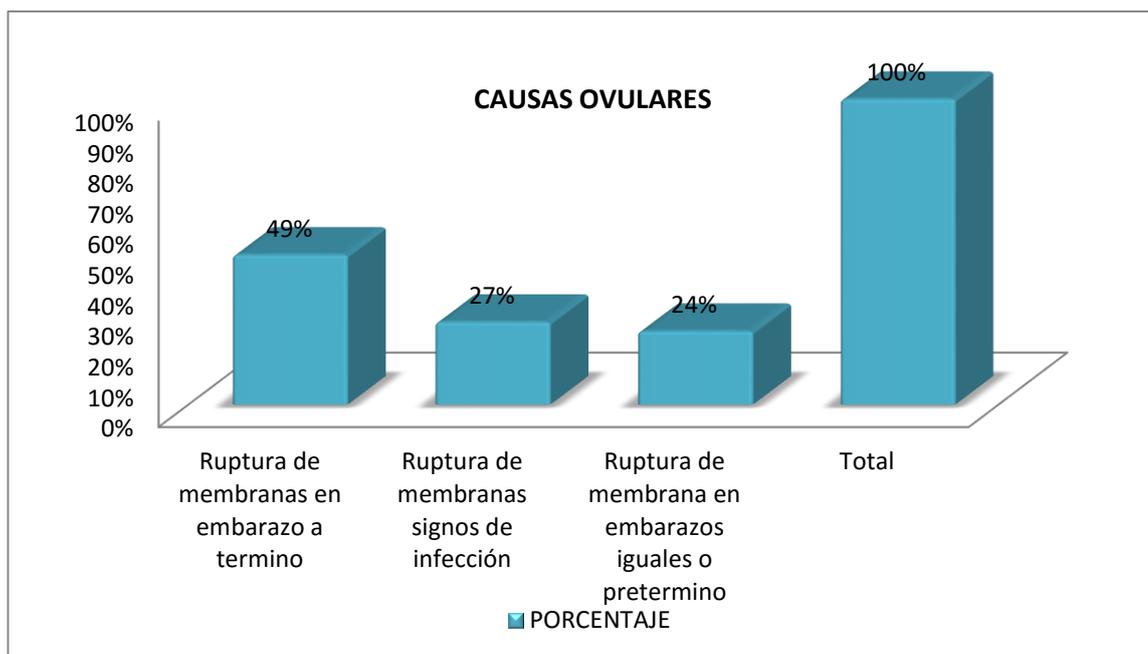
CAUSAS OVULARES EN GESTANTES INDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA

CAUSAS OVULARES	F	%
RUPTURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO A TERMINO	18	49
RUPTURA DE MEMBRANAS SIGNOS DE INFECCIÓN	10	27
RUPTURA DE MEMBRANA EN EMBARAZOS IGUALES O PRETERMINO	9	24
TOTAL	37	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO No8



## ANALISIS E INTERPRETACION

Al realizar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos dentro de la investigación realizada en el hospital de Jipijapa se llega a la siguiente conclusión que las complicaciones ovulares en las gestantes inducidas con oxitocina más frecuente fueron ruptura de la membrana en embarazo en termino con un 49% (18 en total) y la ruptura de membranas signos de infección con 27% (10 en total).

Al contrastar los resultados obtenidos en la investigación realizada en el hospital de Jipijapa con investigaciones parecidas efectuadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima, en el Área Gineco-Obstetra el 16 de julio de 2012 y aceptado para publicación el 20 de agosto de 2012; hacemos referencia que de la patologías mencionadas en nuestra grafica se comparan con la de dicho hospital y se hace énfasis el control del uso de la oxitocina que debe de ser prescrito y manejado rigurosamente debido a la gran problemática que con lleva su uso.

TABLA N°9

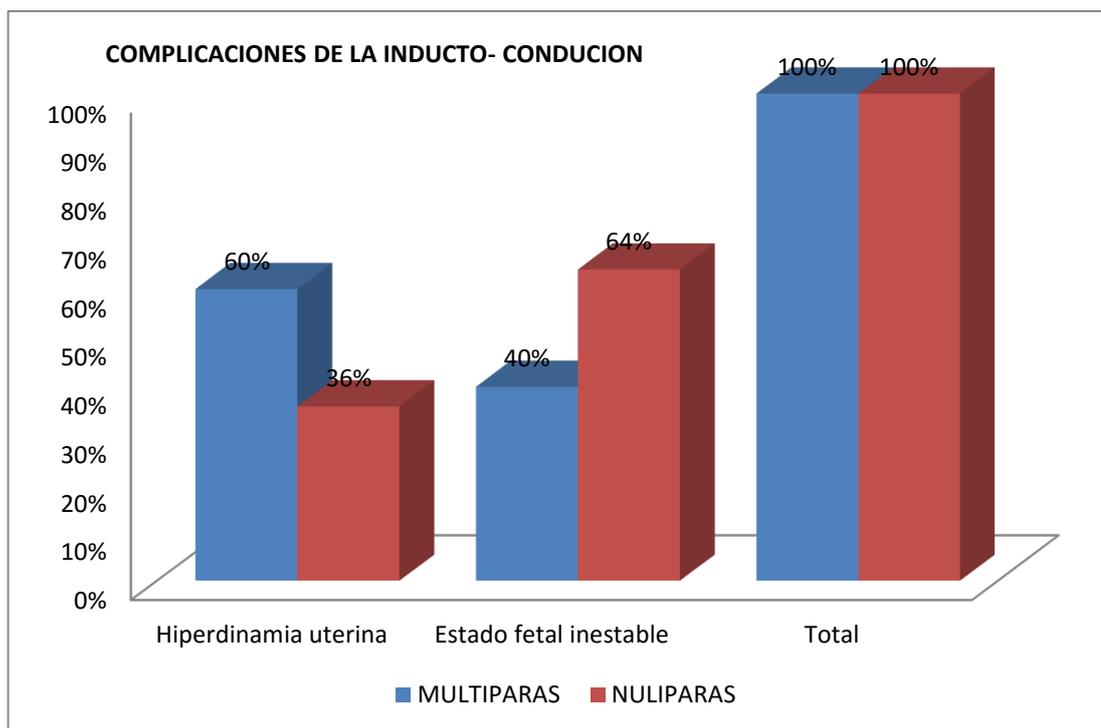
COMPLICACION DE LA INDUCTO- CONDUCCION CON OXITOCINA EN GESTANTES MULTIPARAS Y NULIPARAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.

Complicaciones de la Conducción	Multíparas		Nulíparas	
	F	%	F	%
Hiperdinamia uterina	30	60	18	36
Estado fetal inestable	20	40	32	64
Total	50	100	50	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine ---Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N°9



## ANALISIS E INTERPRETACION

Al realizar el debido análisis e interpretación de los datos recolectados en el Hospital de Jipijapa se establece que entre las principales complicaciones de la inducto-conducción con oxitocina en las gestantes multíparas están la Hiperdinamia uterina con un 60% (30 casos) y el estado fetal inestable con 40 % (20 casos). Para las gestantes nulíparas la Hiperdinamia uterina presenta un porcentaje del 36 % (18 casos) y el estado fetal inestable un porcentaje de 64% (32 casos).

Contrastando estos resultados con estudios internacionales como el realizado por un grupo de médicos comandados por el Dr. Rodrigo Espiazu de México en el Hospital Nacional Aztecas en el año 2014, donde el uso de la oxitocina en la inducto-conduccion trae con ello consecuencias por lo que se han establecidos normas para su uso en dicho país y existen protocolos muy estrictos en los hospitales públicos sobre el uso indiscriminado. Por lo que en nuestro estudio hacemos énfasis de la importancia que se le debe de dar al uso de la oxitocina en los hospitales de nuestro país. Por lo que nuestro estudio encontramos que el estado fetal inestable prevalece en 64% en la nulíparas, mientras que en la multíparas prevalece la complicación de la hiperdinamia uterina en un 60%.

TABLA N°10

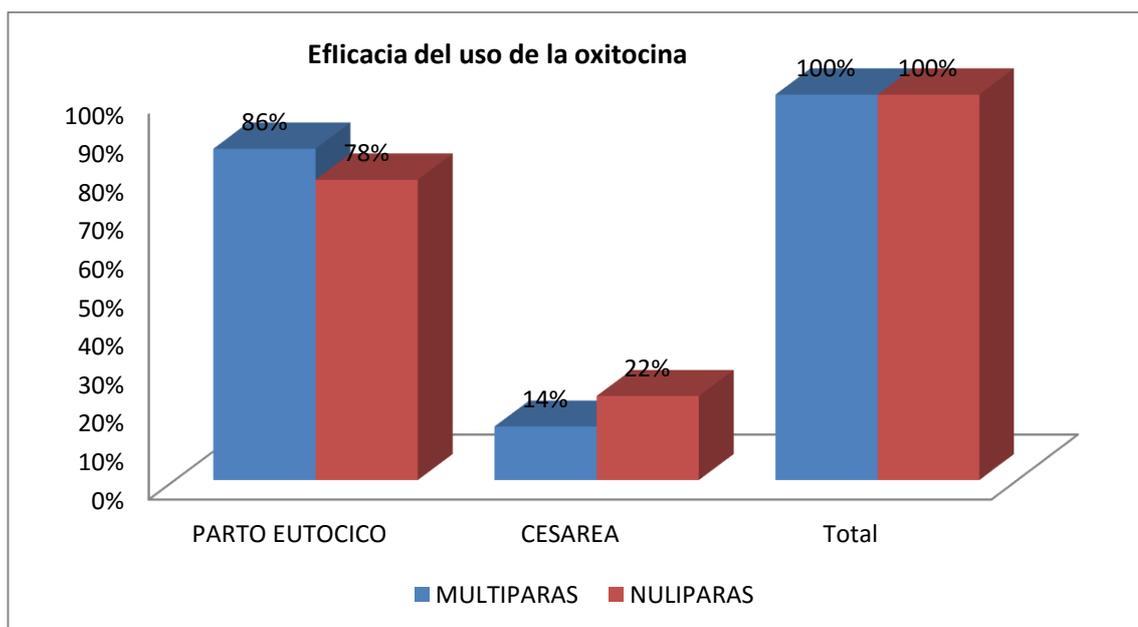
DEL USO DE LA OXITOCINA CUANTAS MULTIPARAS Y NULIPARAS TERMINARON EN PARTO EUTOCICO Y CUANTAS EN CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA

EFICACIA DE GESTANTES	MULTÍPARAS		NULÍPARAS		TOTAL
	F	%	F	%	
SI / PARTO EUTOCICO	43	86	39	78	82
NO / CESAREA	7	14	11	22	18
TOTAL	50	100%	50	100%	100

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Demera Domo Jessica Katherine --- Ponce López Jairo Renato

GRAFICO N° 10



## ANALISIS E INTERPRETACION

Con los datos levantados por los investigadores del presente proyecto y luego de realizar un análisis e interpretación de estos se establece, que en el caso de la eficacia del uso de oxitocina en gestantes multíparas, un 86% (43 mujeres) tuvieron parto eutócico, y un 14% (7 mujeres) el parto fue por cesárea. A su vez para las gestantes nulíparas se establece que un 78% (39 mujeres) tuvieron parto eutócico y un 22% (11 mujeres) el parto fue por cesárea.

Estos resultados determinan que en general sumando las gestantes nulíparas y multíparas los partos eutócicos se realizaron en un total de 82 mujeres y las cesáreas un total de 18 mujeres de 100 pacientes que fueron la muestra poblacional de la investigación realizada. Al compararlos con estudios anteriores podemos mencionar que en el año 2012 en el hospital Enrique C Sotomayor con una muestra poblacional de 49 gestantes el 73.4 % de los casos ocurrieron por parto vaginal y un 26.6 de los casos por cesárea. Sumado esto a que la OMS recomienda que la tasa en general de cesáreas no deba ser mayor al 15% de todos los partos. Por esto se aconseja que la inducto-conduccion no es recomendada ya que se asocia con el aumento de la tasa de cesáreas sobre todo en nulíparas.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES

Se ha demostrado que el uso de oxitocina para la inducción del parto tanto en pacientes nulíparas como multíparas en la mayoría de los casos resulta más perjudicial que beneficioso.

No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.

La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando tenga una clara indicación médica y los beneficios esperados superen las posibles consecuencias.

La conducción del trabajo de parto se debe realizar en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal.

El utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis e incremento de la oxitocina para conducción del trabajo de parto resulta contraproducente por tal motivo no se recomienda su utilización.

La inducto-conduccion no es recomendada ya que se asocia con el aumento de la tasa de cesáreas sobre todo en nulíparas.

Se establece que tanto en las gestantes multíparas como para las nulíparas la causa materna más frecuente es la Preeclampsia y la diabetes.

Las causas fetales en las gestantes relacionadas al uso de la oxitocina más frecuentes son el embarazo prolongado seguido de las malformaciones incompatibles con la vida.

Entre de las complicaciones ovulares en las gestantes inducidas con oxitocina más frecuente se encuentra la ruptura de la membrana en embarazo en termino con un 49% (18 en total) y la ruptura de membranas signos de infección con 27% (10 en total).

Se concluye que las complicaciones de la inducto-conducción con oxitocina para las nulíparas es el estado fetal inestable con un 64% mientras que en la multíparas prevalece la complicación de la Hiperdinamia uterina en un 60%.

Se generó un proceso de capacitación de los riesgos y beneficios que genera el uso de oxitocina en la Inducto-conduccion del trabajo de parto a los médicos tratantes, a los pacientes y familiares que son atendidos en el Hospital General de Jipijapa.

## RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital General de Jipijapa, brindar toda la información necesaria tanto a las pacientes y familiares sobre los riesgos y beneficios que genere el uso de la oxitocina en la Inducto- conducción de la labor del parto.

A las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí generar campañas de información y capacitación en coordinación con los estudiantes y docentes de la carrera de Medicina a las mujeres embarazadas y sus familiares, sobre los riesgos y los beneficios que genera la Inducto-conduccion del trabajo de parto

A los médicos tratantes se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto. Además no se recomienda que el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.

A las pacientes que son atendidas en el Hospital General de Jipijapa exigir que se les informe sobre todos los procedimientos que se les vayan a aplicar antes, durante y post parto.

### CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	2015																2016							
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación de tema para aprobación	x																							
Presentación de protocolo de la investigación	x																							
Notificación a los Miembros del Tribunal y Evaluación			x																					
Reuniones con Tribunal del Trabajo de Titulación						X				x				x				x				x		
Planteamiento de Problema																								
Justificación		x	x																					
Objetivos		x	x																					
Marco Teórico					x	x	x																	
Diseño Metodológico					x	x	x	x																
Tipo de diseño					x	x	x	X																
Tipo de estudio													x	x	X									
Universo y muestra																								
Variable e hipótesis					x	x	x	X																
Instrumentos y recolección de datos					X	x	x	x																
Plan de trabajo													x	x	x	X								
Plan de análisis																	x	x	X					
Plan de recolección de datos	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Procesamiento de datos																			x	x	x			
Presentación de datos y análisis																				x	X			
Elaboración de informe final																				X	x			
Presentación de Trabajo de Titulación Final																					X			

## CAPITULO V

### PROPUESTA

#### TÍTULO

REALIZAR CHARLAS DE CAPACITACION SOBRE EL MANEJO Y USO ADECUADO DE LA OXITOCINA EN LA INDUCTO CONDUCCION AL PARTO PARA EL PERSONAL Y FAMILIARES MEDICO QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA Y LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN DICHA CASA DE SALUD

#### JUSTIFICACIÓN

Si bien la Inducto conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar una labor de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser perjudicial por esta razón el uso de este método debe ser explicado con detalle tanto a la paciente como a sus familiares. La inducto conducción con oxitocina sintética puede provocar una hiper estimulación uterina, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina, aumentando así el riesgo de una serie de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto en sí. Asimismo, ese tipo de intervenciones clínicas no justificadas despojan a las mujeres de su autonomía y dignidad durante el trabajo de parto y pueden tener un impacto negativo sobre su experiencia de parto.

Por esta razón se hace necesario e importante el realizar un proceso de capacitación al personal médico y los familiares de las pacientes que son atendidas en el hospital general de Jipijapa sobre el uso adecuado de oxitocina en la inducción y conducción del parto.

## FUNDAMENTACIÓN

Este trabajo se fundamenta en la importancia del uso adecuado de la oxitocina en el proceso de inducción y conducción del parto en las pacientes nulíparas y multíparas como un método alternativo para evitar complicaciones en las gestiones de parto.

## OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

### OBJETIVO GENERAL:

Realizar charlas educativas sobre el manejo y el uso adecuado de la oxitocina para la inducto-conduccion del parto en pacientes nulíparas y multíparas dirigido a familiares y al personal médico del Hospital General de Jipijapa.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Ampliar los parámetros de conocimiento que posee el personal de salud sobre el manejo y uso adecuado de la oxitocina.

Concientizar a los familiares de las gestantes nulíparas y multíparas sobre la importancia de conocer los riesgos y ventajas que representa el uso de la oxitocina

### BENEFICIARIOS

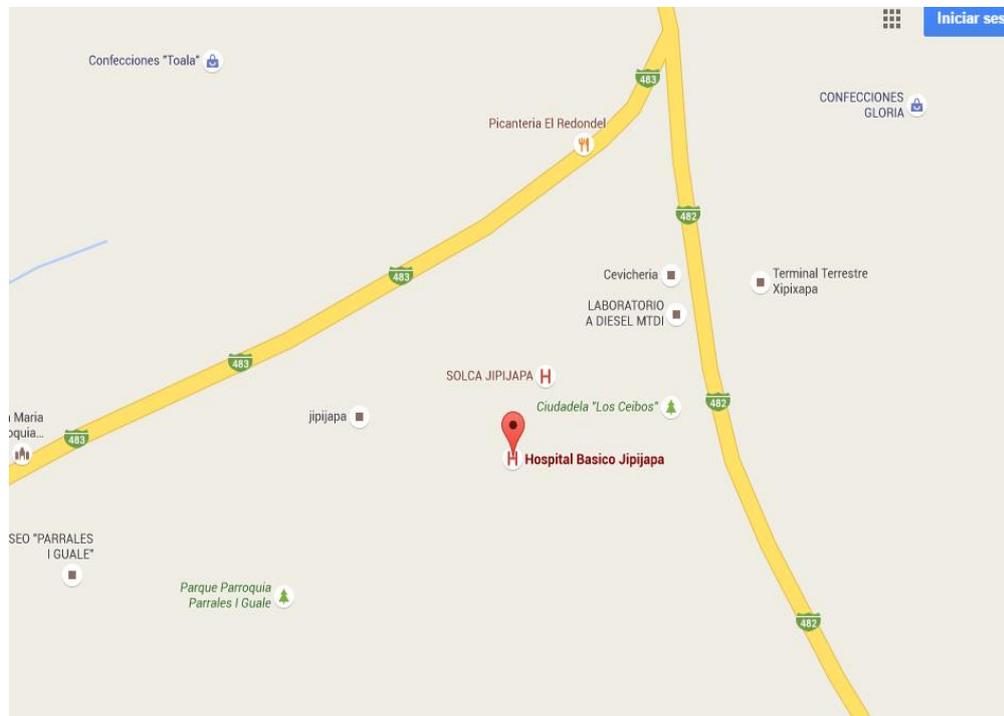
Las usuarias embarazadas nulíparas y multíparas serán las beneficiadas por que recibirán una atención eficiente al momento de ser atendidas durante la labor de parto generando con esto la confianza hacia el personal que labora en el Hospital General de Jipijapa

## RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Medicina, Sra. Demera Domo Jessica Katherine y Sr. Ponce López Jairo Renato

## UBICACION SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en la instalación subproceso de ginecología en el Hospital General Jipijapa ubicado en el Cantón Jipijapa en las calles parrales y guales



Fuente: Google Mal

## FACTIBILIDAD

La propuesta resulta factible porque se establecerán las normas adecuadas para el uso adecuado y el manejo de la oxitocina en el manejo del parto en las pacientes nulíparas y multíparas.

## ACTIVIDADES

Elaboración de material didáctico  
Realización de charla informativa

## RECURSOS

### HUMANOS:

Ginecólogo  
Personal de salud  
Usuarios  
Familiares  
Investigadores

### MATERIALES:

Papelografo

### INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del Hospital General Jipijapa

## CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

Actividades	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Charlas educativas	<p>¿Qué son los trastornos hipertensivos en el embarazo?</p> <p>¿Cuáles son las principales son los trastornos hipertensivos en el embarazo?</p> <p>¿Cuáles son el beneficio de la aplicación del protocolo para el manejo de los trastornos hipertensivos en el embarazo?</p>	Hospital General Jipijapa	Papelografo	Investigadores

## CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Enero 2016																					
Mes																					
Semanas																					
	1ª. SEMANA					2ª. SEMANA					3ª. SEMANA					4ª. SEMANA					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Planteamiento de la propuesta	X	X		X	X																
Reunión de Grupo.						X		X		X											
Elaboración de pasos.													X	X	X						
Aplicación y desarrollo de Propuesta.																		X	X	X	
Socialización de la estrategia																			X	X	X

## IMPACTO

Con esta propuesta se pretende concientizar al personal de salud, usuarias, y familiares sobre los beneficios de la aplicación de los protocolos del MSP para el manejo de la inducción al parto con oxitocina en gestantes nulíparas y multíparas.



FODA

- 
- F
- Equipo de salud proactivo
  - Programas de atención
  - Servicio de consulta externa
  - Servicio de emergencia las 24 horas
  - Mobiliario
  - Ley de maternidad gratuita
  - PCT
  - Laboratorio clínico
  - Farmacia
- 
- O
- Gestión administrativa.
  - Apoyo institucional
  - Comunidades diversas
  - Afluencia de paciente
  - Recursos económicos
  - Según la ley
- D
- Gerencia administrativa (conflictos)
  - Diferentes capacitación del Recurso Humano
  - Infraestructura física (falta de espacio)
  - Deficiente información .comunicación interna y externa
  - Personal conflictivo
  - Inestabilidad laboral
- A
- Paros o Huelgas
  - Sindicatos
  - Desastre naturales
  - Delincuencia
  - Sistema político reinante
  - Desinformación
- 

Fuente: Hospital General Jipijapa

## CAPITULO VI

### BIBLIOGRAFIA

- Basso Garrido, J. (2013). *Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio*. Obtenido de Guías en Salud Sexual y Reproductiva: file:///C:/Users/Gabriela/Downloads/Normas\_de\_Atenci%C3%B3n\_a\_la\_Mujer
- Berghella V, B. J. (2012). Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* , (págs. 199(5):445-45).
- Blackmon LR, S. A. (2012). and the Committee on Fetus and Newborn. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics* , (págs. 117:942-948.).
- Cohen, W. (2014). The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet.Gyneco*, (págs. 116(3):772-773).
- Cunningham FG, W. J. (2010). Actividad uterina. En W. *Obstetrics, Ginecología y Obstetricia* (págs. 156-170). New York: McGraw-Hil.
- Faundes, A. (2012). *Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*.
- Friedman, E. (2012). The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol* , (págs. 68: 1568-75.).
- Pintag Guananga, P. (2013). *Valoracion y analisis del Indice de BISHOP para Inducto-conduccion en mujeres nuliparas y multiparas Hospital, Rafael Rodriguez Zambrano de Manta Septiembre del 2012 a Febrero del 2013*. Obtenido de repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1867/1/PAOLA%20PINTAG.pdf
- Rouse , D., & Owen, J. (2013). Active phase labor arrest: revisiting the 2-hour minimum. *Obstet Gynecol*, (págs. 98(4):550-55).
- Won Soon Park, Y. S. (2014). Effects of hyperglycemia or hypoglycemia on brain cell membrane function and energduring the immediate reoxygenation-reperfusiy metabolism during ttransient global hypoxiaischemia in the newborn., (págs. 102-108).

Zhang J, T. J. (2013). Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, (págs. 187(4):824-828).

Componente normativo materno del Ministerio De Salud Pública, sistema nacional de salud CONASA del 2008 .inducción y conducción al trabajo de parto pag 224.

## CAPITULO VII

### ANEXOS

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



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



FICHA PARA RECOLECTAR LA INFORMACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION: INDUCTO CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN GESTANTES ÁREA DE GINECOLOGIA, HOSPITAL DE JIPIJAPA, AGOSTO 2015- ENERO 2016

#### 1. RANGO DE EDADES DE LAS GESTANTES NULIPARAS Y MULTIPARAS QUE FUERON INDUCTO-CONDUCCION CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.

EDADES	MULTÍPARAS	NULÍPARA
v15-20 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-26 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-32 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33-38 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-45 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES QUE FUERON INDUCTO-CONDUCCION CON OXCITICINA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA.

PROCEDENCIA	INDUCIDAS		CONDUCCION	
	MULTÍPARAS	NULÍPARAS	MULTÍPARAS	NULÍPARAS
Rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urbano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>MULTIPARAS</b>	<b>NULIPARAS</b>
BASICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. DE LA POBLACION PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACION, CUANTAS GESTANTES NULIPARAS Y CUANTAS MULTIPARAS FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.**

MULTÍPARAS

NULÍPARAS

**5. EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>MULTÍPARAS</b>	<b>NULÍPARAS</b>
35-38 SEMANAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-41 SEMANAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 SEMANAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. CAUSAS MATERNAS ASOCIADAS A LA INDUCCION CON OXITOCINA EN GESTANTES MULTIPARAS Y NULIPARAS EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.**

<b>CAUSAS MATERNAS</b>	<b>MULTÍPARAS</b>	<b>NULÍPARAS</b>
PREECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OLIGOHIDRAMNIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE FETAL (ÓBITO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. CAUSAS FETALES GESTANTES INDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.**

**CAUSAS FETALES**

- EMBARAZO PROLONGADO
- MALFORMACION INCOMPATIBLE CON LA VIDA
- RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

**8. CAUSAS OVULARES EN GESTANTES INDUCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA.**

- RUPTURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO A TERMINO
- RUPTURA DE MEMBRANAS SIGNOS DE INFECCIÓN
- RUPTURA DE MEMBRANA EN EMBARAZOS IGUALES O PRETERMINO



## EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

**ELABORACIÓN DE ENCUESTA A LAS GESTANTES NULÍPARAS Y MULTÍPARAS SOBRE LA INDUCTO-CONDUCCIÓN AL PARTO CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA**





PREVIA A CHARLA A LA PACIENTE SOBRE EL PROCESO DE LA INDUCTO CONDUCCIÓN  
CON OXITOCINA



RECOLECCION DE DATOS DE LAS PACIENTES NULIPARAS Y MULTIPARAS INDUCTO-  
CONDUCCIDAS CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA



BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN DE LAS PACIENTES NULÍPARAS Y MULTÍPARAS



CAPACITACION A FAMILIARES Y PERSONAL MEDICO SOBRE LA INDUCTO-CONDUCCION AL PARTO CON OXITOCINA EN EL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA





CAPACITACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES Y PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL JIPIJAPA



## CAPACITACIÓN A LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES

