

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de

MÉDICO GENERAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

Proyecto de Investigación

“MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO A TÉRMINO. HOSPITAL

PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2019 – 2020”

Autor(es):

CHALUISA CHALUISA FABIÁN ESTEBAN
VILLALVA BARRENO DAVID ALEJANDRO

Tutor:

Dr. Pablo Alarcón

Riobamba - Ecuador

Año 2020

DERECHOS DE AUTORÍA DE LOS ESTUDIANTES

Declaro que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se ha citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron toda disposición legal que protegen los derechos de los autores vigentes.



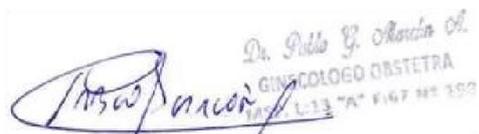
Chaluisa Chaluisa Fabián Esteban
C.I.: 0503525693



Villalva Barreno David Alejandro
C.I.: 0604127092

I. ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Médico General con el tema: “Misoprostol en la inducción del parto a término. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019 – 2020”, ha sido elaborado Chaluisa Chaluisa Fabián Esteban y Villalva Barreno David Alejandro, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por el Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade en calidad de Tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación. Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

The image shows a handwritten signature in blue ink that reads "Pablo Alarcón". To the right of the signature is a professional stamp. The stamp contains the text: "Dr. Pablo G. Alarcón A.", "GINECOLOGO OBSTETRA", and "1957 L-13 "A" FIG 7 ME 100".

Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade

TUTOR

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN con título:

“Misoprostol en la inducción del parto a término. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019 – 2020”, realizado por los estudiantes: Chaluisa Chaluisa Fabián Esteban y Villalva Barreno David Alejandro y dirigido por el Doctor Pablo G. Alarcón A. Médico Ginecólogo

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud en el la biblioteca de Educación, Humanas y Tecnologías de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Patricio Vásconez

PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO



FIRMA

Dr. Rolando Lara

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Dr. Guillermo Valdivia

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



FIRMA

Dr. Pablo G. Alarcón A.

TUTOR



FIRMA

CERTIFICACIÓN DE TUTORIA



CERTIFICADO DE TUTORÍA.

Yo, Pablo Guillermo Alarcón Andrade, docente del programa internado rotativo de la carrera de medicina, en calidad de tutor del trabajo de investigación titulado: “Misoprostol la inducción del parto a término área. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019 – 2020”, presentado por los estudiantes Fabián Esteban Chaluisa Chaluisa y David Alejandro Villalva Barreno, **CERTIFICO** haber revisado el desarrollo del mismo, por lo que autorizo su presentación para la revisión y sustentación respectiva.

Riobamba, 03 de agosto 2020.


Dr. Pablo G. Alarcón A.
GINECOLOGO OBSTETRA
MAY. 13. 7A. 1867 88 250

Dr. Pablo G. Alarcón A.

CI: 1709250730

AUTORÍA

Nosotros, Fabian Esteban Chaluisa Chaluisa y David Alejandro Villalva Barreno, autores del trabajo de investigación titulado **“Misoprostol en la inducción del parto a término. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019 – 2020”**, declaramos que todo su contenido es original y pertenece al aporte investigativo personal. Nosotros somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedemos los derechos de autor de la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normativa vigente

Riobamba, 17 de julio 2020



Chaluisa Chaluisa Fabian Esteban

CC: 0503525693



Villalva Barreno David Alejandro

CC: 0604127092

AGRADECIMIENTOS

En el actual trabajo de investigación, queremos agradecer en primer lugar a Dios por bendecirnos y guiarnos en nuestro camino para hacer este sueño realidad que tanto se ha anhelado.

También queremos agradecer a nuestros maestros quienes durante nuestra vida estudiantil e inclusive dentro y fuera de ella por haber aportado con un granito de arena en cada momento de nuestra formación.

De igual manera queremos extender un agradecimiento al Tutor de nuestro Proyecto de Investigación de Grado, Dr. Pablo Alarcón A. quien, gracias a su perspectiva, su visión, su rectitud en su dedicación como educador, por sus consejos y entusiasmo que nos ayudaron e impulsaron como personas de bien y a su vez como investigadores.

En nuestra vida estudiantil existieron muchas personas quienes nos han aportado con su gran conocimiento para nuestra formación estudiantil, que nos engrandecen con su amistad, sus consejos, apoyo, palabras de ánimo y la compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas.



DEDICATORIAS

El presente trabajo lo dedico a mi padre Luis Villalva, a mi madre Mercedes Barreno, por haberme dado la vida, y a mi madre adoptiva Mónica Alarcón, quienes, con su cuidado, su instrucción y apoyo, me impulsaron para darme una carrera para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes que a pesar de los errores, altos y bajos siempre han estado a mi lado.

Además, a dios por haberme dado la vida, sabiduría, inteligencia y fuerza para la realización de este proyecto de investigación.

David

Dedico este trabajo a mis padres Florinda Chaluisa y Olmedo Chaluisa, quienes con su esfuerzo y lucha guiaron cada paso de mi vida, brindándome su apoyo incondicional, amor y confianza depositada en mi persona, a su vez dedico a mi amada esposa e hija quienes fueron la fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más.

Fabián



RESUMEN

Introducción: La inducción del trabajo de parto es un procedimiento indicado en pacientes con riesgo supremo en la continuación de su embarazo. **Objetivo:** Determinar las complicaciones materno – fetales que produce la administración de misoprostol en la inducción de embarazos a término, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo mayo 2019 – marzo 2020. **Material y Métodos:** En un estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental de corte transversal realizado en el Hospital General Docente Riobamba mayo 2019 – marzo 2020, mediante el análisis de 365 Historias clínicas, con una muestra de 73 pacientes, administrando misoprostol entre 25 y 50 microgramos vía sublingual y vaginal hasta tener maduración cervical y posterior inducción del trabajo de parto en embarazos a término. **Resultados:** Las 365 pacientes con embarazo a término culminaron su gestación mediante: cesáreas 235 (64%) y 130 (35.61%) partos vaginales. En la muestra de 73 pacientes que ingresaron con Bishop desfavorable, se administró misoprostol para maduración cervical e inducción del embarazo, presentaron complicaciones maternas: por vía vaginal hemorragia posparto 21 (30.3 %), lesión del canal del parto 21 (30.13 %) y cesárea por inducción fallida 4 (2.73%); por vía sublingual hemorragia posparto 11 (15.06%), taquisistolia 5 (6.84%), cesárea por inducción fallida 3 (4.10%) y otros 3 (4.10%). Complicaciones fetales: compromiso de bienestar fetal 16 (21.91%), aspiración de líquido meconial 14 (19.17%) y sin complicaciones 43 (58.90%). **Conclusiones:** Se logró determinar que el misoprostol sirve para la inducción del trabajo de parto, sin embargo, se debe mantener bajo vigilancia médica, por las complicaciones que conlleva.

PALABRAS CLAVES: INDUCCION, EMBARAZO A TERMINO, MISOPROSTOL, HEMORRAGIA POSPARTO.



ABSTRACT

Introduction: The induction of the process is indicated in patients who present high risks for the continuation of their pregnancy. Objective: This project aims to determine maternal-fetal complications when administering misoprostol for induction of full-term pregnancy without cervical ripening, in patients treated at the General Provincial Hospital Riobamba in the period May 2019 - March 2020. Materials and methods. It is a descriptive, retrospective, non-experimental, cross-sectional study carried out at the General Teaching Hospital of Riobamba in the period May 2019 - March 2020, by analyzing 365 medical records, a sample of 73 patients were taken, with a sample of 73 patients, administering misoprostol between 25 and 50 micrograms sublingually and vaginally until cervical ripening and subsequent induction of labor in term pregnancies. Results. The 365 patients with full-term pregnancy completed their pregnancy by: 235 (64%) and 130 (35.61%) vaginal deliveries. In the sample of 73 patients admitted with unfavorable Bishop, misoprostol was administered for cervical ripening and pregnancy induction, they presented maternal complications: vaginally, postpartum hemorrhage 21 (30.3 %), birth canal injury 21 (30.13 %) and cesarean section by failed induction 4 (2.73%); sublingually postpartum hemorrhage 11 (15.06%), tachysystole 5 (6.84%), cesarean section due to failed 3 (4.10%) and 3 others (4.10%). Fetal complications: compromise of fetal well-being 16 (21.91%), aspiration of meconium fluid 14 (19.17%) and without complications 43 (58.90%). Conclusions. It was possible to determine that misoprostol is used for induction of labor. However, it must be kept under medical supervision. Keywords: induction, pregnancy to term, misoprostol, postpartum hemorrhage.

Keywords. Induction, Pregnancy to term, Misoprostol, Postpartum hemorrhage.

Reviewed of Abstract translation by. Solís, Lorena, PhD.

Language Center Teach UNACH



ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL	II
CERTIFICACIÓN DE TUTORIA	V
AUTORÍA	VI
AGRADECIMIENTOS	VII
DEDICATORIAS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
CAPITULO I.....	16
I.1 INTRODUCCION	16
I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
I.3 Formulación del problema.....	17
I.4 OBJETIVOS:.....	20
I.4.1 General:	20
I.4.2 Específicos:	20
CAPITULO II.....	21
II ESTADO DEL ARTE	21
II. 1 Antecedentes	21
II.2 Farmacodinamia.....	22
II. 3 Farmacocinetica.....	22
II.4 Mecanismo de acción	23
II.5 Metabolismo o Biotransformación	23
II.6 Eliminación	23
II.7 Inducción.....	23
II.8 Indicaciones para la inducción	24
II.9 Contraindicaciones para la inducción.....	25



II.10 Precauciones para la inducción	25
II.11 Puntuación de Bishop	26
II.12 Inducción del trabajo de parto	27
II.13 Dosis y vías de administración.....	28
II.14 Vía oral en comparación con vía vaginal	31
II.15 Inducción definitiva.	31
II.16 Eficacia del misoprostol.....	32
II.18 Tiempo hasta conseguir el efecto	33
II.20 Reacciones secundarias y adversas	34
II.21 Complicaciones de la inducción.....	34
CAPITULO III.....	38
III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	38
III.1 Tipo de estudio.....	38
III.2 Área de estudio	38
III.3 Universo y muestra.....	38
III.4 Identificación de variables	39
III.5 Operacionalización de variables	39
III.5.1 Criterios de Inclusión	39
III.5.2 Criterios de Exclusión	39
III.5.3 Procedimiento de recolección de datos.	44
III.5.4 Plan de procesamiento de datos	44
CAPITULO IV	45
I. RESULTADOS.....	45
V.1 ANALISIS UNIVARIANTE.....	45
V.1.1 Edad.....	45
V.1.2 Procedencia	



.....	46
V.1.3 Nivel de instrucción.....	47
V.1.4 Partos atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba Mayo 2019 – Marzo 2020”	48
V.1.5: Manejo del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital General Docente Riobamba periodo mayo 2019 - marzo 2020	49
V.1.6 Vía de culminación del embarazo posterior a la inducción del trabajo de parto.....	50
V.1.7 Indicaciones para terminación del embarazo mediante inducción	51
V.1.8 Indicaciones para terminar el embarazo mediante cesárea.	52
V.1.9 Vías de administración para la inducción del trabajo de parto.	53
V.1.10 Dosis empleadas de misoprostol para la inducción del trabajo de parto ...	54
V.1.11 Dosis empleadas para la inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo a término.....	55
V.1.12: Complicaciones maternas secundarias a la administración de misoprostol vía vaginal.	56
V.1.13 Complicaciones maternas relacionadas a la Administración de misoprostol vía sublingual por inducción del trabajo de parto	57
V.1.14: Complicaciones neonatales después de parto por inducción del trabajo de parto con misoprostol.....	58
IV. DISCUSIÓN	59
CAPITULO V	62
V. CONCLUSIONES	62
CAPITULO VI.....	64
VI. RECOMENDACIONES	64
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	65
VIII. ANEXOS.....	68



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sistema de puntuación Bishop.....	26
Tabla 2: Dosis, vías, intervalos, y máximo de Administración.....	28
Tabla 3: Operacionalización de variables.....	40
Tabla 5: Procedencia.....	46
Tabla 6: Nivel de instrucción	47
Tabla 7: Partos llevados a cabo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba mayo 2019 – marzo 2020”.....	48
Tabla 8: Pacientes con inducción y sin inducción del trabajo de parto en el Hospital General Docente Riobamba periodo mayo 2019 - marzo 2020	49
Tabla 9: Vía de culminación del embarazo posterior a la administración de misoprostol .50	
Tabla 10: Indicaciones de inducción para culminar el embarazo.....	51
Tabla 11: Indicaciones para culminar el embarazo mediante cesárea.	52
Tabla 12: Vías de administración de misoprostol en inducción del trabajo de parto en muestra obtenida	53
Tabla 13: Dosis empleadas de misoprostol por vía vaginal para la inducción del trabajo de parto	54
Tabla 14: Cantidad de dosis empleadas de misoprostol en pacientes con embarazo a término por vía vaginal	55
Tabla 15: Administración de misoprostol vía vaginal relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto	56
Tabla 16: Administración de misoprostol vía sublingual relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto	57
Tabla 17: Complicaciones neonatales después de parto por inducción del trabajo de parto con misoprostol.....	58



ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Partos llevados a cabo Hospital Provincial General Docente de Riobamba mayo 2019 - marzo 2020	48
Gráfico 2: Pacientes con inducción y sin inducción del trabajo de parto en el Hospital General Docente Riobamba periodo mayo 2019 - marzo 2020	49
Gráfico 3: Partos y cesáreas asociadas a la administración de misoprostol.....	50
Gráfico 4: Indicaciones para culminar el embarazo	51
Gráfico 5: Indicaciones para culminar el embarazo mediante cesárea	52
Gráfico 6: Vías de administración de misoprostol en inducción del trabajo de parto en muestra obtenida	53
Gráfico 7: Dosis empleadas de misoprostol por vía vaginal para la inducción del trabajo de parto.	54
Gráfico 8: Cantidad de dosis empleadas de misoprostol en pacientes con embarazo a término por vía vaginal.	55
Gráfico 9: Administración de misoprostol vía vaginal relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto.....	56
Gráfico 10: Administración de misoprostol vía sublingual relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto.....	57
Gráfico 11: Complicaciones neonatales después de parto por inducción del trabajo de parto con misoprostol.....	58
Gráfico 12: Edad de las pacientes.....	45
Gráfico 13: Nivel de instrucción.....	47
Gráfico 14: Procedencia.....	46



CAPITULO I

I.1 INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud define a la inducción del trabajo de parto, como procedimientos médicos dirigidos a estimular contracciones uterinas en mujeres embarazadas, que en condiciones normales inicia después de la semana 40 de la gestación, con actividad progresiva del miometrio, seguido de cambios en el cérvix y por consiguiente si las membranas corioamnióticas se encuentran intactas se producirá la ruptura de la misma, eventos que preceden al nacimiento del feto (1); mientras que la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO) lo define, como la recreación de un trabajo de parto, mediante el uso externo de fármacos, para así iniciar artificialmente contracciones uterinas, produciendo borramiento y dilatación cervical. (2)

El Misoprostol en la actualidad se clasifica como un análogo de la prostaglandina E1 (PGE1) fue expandido a finales de 1980 con el nombre comercial de Cytotec, empleado para el tratamiento de la úlcera péptica, provocado por la administración de AINES. La encuesta mundial en Salud Materna y Perinatal de la OMS, realizada entre 2004 y 2008, y cuyos resultados fueron publicados en 2013, mostró que la prevalencia promedio de inducción del trabajo de parto es de 10.5%, aunque existe un amplio margen en distintas partes del mundo, con límites mínimo y máximo en Nigeria y Sri-Lanka, con 1.5 y 32%, respectivamente. (3)

En nuestro país estudios realizados en el año 2008 llevado a cabo en la Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil; de un total de 49 gestaciones, en cuales el parto vaginal ocurrió en 73.4% de los casos y cesárea 26.6%. En esta serie, no hubo rupturas uterinas o síndrome de hiperestimulación uterina, solo un porcentaje de pacientes presentó taquisistolia (2%), en el resultante neonatal, no hubo casos de neonatos con Apgar <7 a los 5 minutos ni ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). (4) Esto se relaciona al estudio realizados en la Unidad Operativa de Salud Hospital General Docente Ambato en enero a Junio del 2013, donde “concluye que el misoprostol se emplea para la inducción del trabajo de parto en embarazos a término, fármaco que debe estar bajo vigilancia por el equipo de salud para disminuir complicaciones materno - fetales”. (5)

Este medicamento es expandido en su mayoría en América y Asia; a excepción de Francia, Egipto y Brasil, donde no cuenta con aprobación para uso obstétrico y ginecológico.



La inducción del parto desempeña un papel importante, para el profesional de salud ya que algunas circunstancias sugieren actuar y no esperar el curso fisiológico del mismo.

Algunos usos no están aprobados por la FDA, debido a que no se han enviado aun pruebas científicas seguras y efectivas para su utilización. Puede haber efectos secundarios graves, como ruptura uterina que incluso pueden llegar a histerectomía. Otros de los riesgos son las cesáreas cuando el método de inducción fracasa, ya que no existe una buena dilatación cervical; infecciones uterinas causadas por la incorrecta aplicación de normas de asepsia y antisepsia durante la aplicación del fármaco en el fondo del saco vaginal para la inducción, como es la endometritis puerperal; también el compromiso de bienestar fetal agudo por falta o disminución de oxigenación fetal provocadas por las contracciones uterinas anormales. (6)

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento que está indicado en pacientes que presenten riesgos elevados para la continuación de su embarazo, en lugar de realizar una cesárea. El procedimiento está dirigido a la estimulación de las contracciones uterinas en mujeres embarazadas que no presentan trabajo de parto y que buscan inducir el parto vaginal. (7)

En relación a lo mencionado se plantea los siguientes conceptos:

- Inducción exitosa: Parto vaginal en las 24 a 48 horas posteriores al inicio de la inducción.
- Inducción electiva: Inducción del trabajo de parto sin indicación médica u obstétrica.
- Maduración cervical: Procedimientos que inducen borramiento y dilatación del cérvix, para aumentar la posibilidad de parto vaginal.
- Taquisistolia: Más de cinco contracciones uterinas en 10 minutos, obtenidas como promedio de un período de observación de 30 minutos. (1)

No debemos pasar por alto el planteamiento de la inducción electiva, en la que se considerara aceptable su indicación bajo los siguientes parámetros: embarazo a término, encontrarse en lugares alejados a centros de atención médica y que el viaje incremente el riesgo o, bien, por decisión libre de la paciente, se debe firmar una carta de consentimiento informado, donde se le mencionen las ventajas y posibles complicaciones de la inducción del trabajo de parto.



I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el nacimiento de un nuevo ser, se han encontrado alteraciones que dificultan el proceso del trabajo de parto, debido a esto se han empleado métodos para favorecer y facilitar el desarrollo del mismo; por lo que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien ha referenciado que la inducción del trabajo de parto es una práctica difundida a nivel mundial, en países de primer orden o desarrollados, el 25% de las mujeres son sometidas a inducción; mientras que en los países subdesarrollados, las tasas reflejan ser menores en la utilización de este método, pero cada vez más, va en aumento. (8)

La inducción de un trabajo de parto es indicado en casos en los que, la continuación del embarazo representa un peligro para la madre y el feto, este no es un procedimiento que se encuentra libre de riesgos, y debe ser manejado bajo criterio médico y con responsabilidad (9)

Estudios realizados indican que el efecto de las prostaglandinas E1 (misoprostol) que se suelen utilizar pueden ser considerados como un método alternativo, seguro, económico y conveniente para la inducción del parto, sí este es, debidamente empleado y utilizado con los protocolos establecidos. (10)

No obstante no hay una presentación farmacéutica diseñada para uso obstétrico, que pueda garantizar el cumplimiento indicado de una dosis exacta, como se puede evidenciar en nuestro medio, lo cual conllevaría a variaciones en dosificación y esto a su vez en variaciones de respuestas a espera, y como todo medicamento además no está libre de efectos indeseables. (11)

Cabe mencionar que no todos los partos que son inducidos mediante misoprostol y conducidos por oxitocina, no finalizan de la manera más adecuada posible, por lo que es necesario finalizar el embarazo mediante el procedimiento quirúrgico conocido como cesárea de manera urgente por compromiso de bienestar fetal agudo.

En el Hospital Docente de Ambato cada año se realizan alrededor de 3012 partos, de los cuales 1455 son por vía vaginal y que corresponden al 45.2%, y cesáreas en total de 1558 correspondiendo al 48.5%. (10)

El uso de misoprostol para la inducción de un trabajo de parto, exige una vigilancia estricta de la dosis y la respuesta que esta produzca en función del tiempo. Con la finalidad de evitar



complicaciones materno-fetales que ponen en riesgo la vida de ambos individuos, se ha detectado que al ser administrado producen inconvenientes tanto en la madre como al feto, debido a la dinámica producida mediante la aplicación del misoprostol.

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba donde se va a realizar los estudios, no existen datos y porcentajes de inducciones realizadas con la administración del misoprostol en el período ya establecido para el estudio.

I.3 Formulación del problema

Por lo que surge la siguiente interrogante:

¿La inducción de un parto a término mediante: la vía sublingual y vaginal; la dosis administrada de misoprostol, ¿son correctamente utilizadas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba con la finalidad de terminar la etapa de gestación?



I.4 OBJETIVOS:

I.4.1 General:

- Determinar las complicaciones materno – fetales que produce la administración de misoprostol en la inducción de embarazos a término, en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo mayo 2019 – marzo 2020.

I.4.2 Específicos:

- Identificar características demográficas y sociales de las gestantes con indicación de inducción de trabajo de parto.
- Identificar la frecuencia del uso de misoprostol en la inducción de trabajo de parto.
- Determinar la cantidad total de dosis administradas de misoprostol para iniciar la inducción de un trabajo de parto.
- Identificar la cantidad de partos vaginales y/o cesáreas relacionadas al uso de misoprostol en inducción del trabajo del parto.



CAPITULO II

II ESTADO DEL ARTE

II. 1 Antecedentes

El misoprostol análogo semisintético de las prostaglandinas, es un fármaco de importancia en la práctica Gineco-obstétrica por sus beneficios uterotónicos, de maduración cervical, inducción del trabajo de parto, siempre y cuando no existan contraindicaciones fetales o maternas; otros usos que se han empleado para este medicamento es en la prevención y tratamiento de las úlceras duodenales y gástricas, secundarias a la administración de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Este fármaco esencialmente se utiliza cuando el índice de Bishop demuestre una inmadurez cervical con una puntuación menor a 6, que dificulta el inicio de una contractilidad uterina positiva para que se produzca el parto; por lo que al administrar este medicamento se busca una respuesta que favorezca al proceso del trabajo de parto, logrando un reblandecimiento del cérvix, con aumento en el tono, inicio de contracciones uterinas, buscando una buena contractibilidad del útero por lo que se quiere lograr al administrar misoprostol, imitar 3 contracciones en 10 minutos con una duración de 40 segundos, con modificaciones cervicales, considerando como un buen trabajo de parto.

En nuestro país la presentación única es en tabletas de 200 ug. En otros países (Estados Unidos) hay tabletas de 100 ug, en Egipto está disponible la presentación de tabletas con 25 ug.

Zumba J. (Ecuador. 2015). Su tesis tuvo como objetivo establecer las complicaciones materno-fetales en la inducción de parto. En el estudio determinó que el 46,97% no presentó complicaciones, mientras que el 53,03% presentó complicaciones. Dentro de las cuales, la más frecuente la taquisistolia con 57,14%, la bradicardia leve con el 20%, la bradicardia intensa 14,29% y la taquicardia fetal con el 8,57%. Relacionándolo con la paridad, las primíparas presentaron mayores complicaciones con un 62,86%, mientras que las multíparas 34,29%. El 56,06% culminaron el embarazo por parto vaginal y el 43,94%, por cesárea, cuya causa principal fue el compromiso del bienestar fetal con 51,72%. (12)

II.2 Farmacodinamia

El misoprostol es un medicamento análogo sintético de la prostaglandina E1. En este medicamento, la duración de su efecto dura más y resiste mejor el efecto del primer paso al contrario de las prostaglandinas de síntesis natural. Ejerce contracción en la musculatura uterina, actúa como agente dilatador de vasos sanguíneos y como broncodilatador sobre las fibras musculares lisas bronquiales. También actúa en las células parietales gástricas inhibiendo la secreción de ácido gástrico, es decir, tiene acción sobre el tracto gastrointestinal, reduciendo la producción de pepsina, estimula la secreción duodenal de bicarbonato y aumenta la producción gástrica de moco. Las prostaglandinas de los grupos E y F tienen un papel más relevante en ginecología y obstetricia. El misoprostol, al igual que otras prostaglandinas, estimula la maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino, reduciendo la cantidad de fibras de colágeno y permitiendo que se intercale entre ellas una mayor cantidad de agua. Por otro parte, continuamente, en el caso del embarazo, el misoprostol aumenta la frecuencia y la fuerza de las contracciones del músculo liso uterino, orientando así las fibras en la dirección de la tensión ejercida sobre el mismo, lo que facilita la eliminación del endometrio el contenido uterino. Estas propiedades permiten el uso para la maduración cervical antes de la histeroscopia u otros procedimientos ginecológicos que requieren acceso a la cavidad uterina para inducir el parto, prevenir o tratar la hemorragia posparto o interrumpir el embarazo. Se usa solo o en combinación con otros medicamentos para el aborto. Por otro lado, el misoprostol mejora la función renal en pacientes con trasplante de riñón al aumentar el flujo sanguíneo renal y compensa la vasoconstricción renal causada por ciclosporina u otros agentes inmunosupresores. (13)

II. 3 Farmacocinetica

La biodisponibilidad de misoprostol a través de la vía vaginal es tres veces mayor que la vía oral. Después de la administración vaginal, la concentración plasmática de misoprostol aumentó gradualmente, alcanzando 5 de los 7 picos más altos entre 60 y 120 minutos, y disminuyó lentamente al 61% del nivel máximo 240 minutos después de la administración. Por otro lado, los estudios han demostrado que el pH vaginal puede cambiar la farmacocinética del misoprostol cuando se administra por esta vía, porque puede afectar el grado de absorción del misoprostol, aunque los resultados aún son inciertos. (14)

II.4 Mecanismo de acción

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1, que produce contracciones uterinas al interactuar con receptores específicos en las células miometriales. Esta interacción causó una serie de eventos, incluidos cambios en la concentración de calcio que causaron contracciones musculares y, por lo tanto, cambios cervicales y contracciones uterinas que permiten la descarga del contenido uterino.

El principal metabolito activo del misoprostol es el ácido de misoprostol, que se une firmemente a las proteínas plasmáticas, y su valor es de aproximadamente 80-90%. Cuando se administra a una dosis terapéutica, la unión del fármaco a las proteínas plasmáticas es independiente de la concentración plasmática de misoprostol o sus metabolitos. Esto significa que su administración no se ve afectada por la administración concomitante de la edad del paciente u otras drogas que se unen fuertemente a las proteínas plasmáticas. (13)

II.5 Metabolismo o Biotransformación

Una vez absorbido, el misoprostol experimenta un metabolismo hepático intenso y casi completo, produciendo productos metabólicos, como sus derivados desacetilados, que es la razón de su actividad. El metabolito ácido sufre un metabolismo adicional (oxidación α y β) mediado por el sistema de oxidación de ácidos grasos, y la posterior reducción del grupo cetona produce un compuesto que carece de actividad. El misoprostol no induce ni inhibe el sistema de oxidasa del citocromo P450 y, por lo tanto, no interactúa con teofilina, warfarina, benzodiazepinas y otras drogas que usan las mismas vías metabólicas. (14)

II.6 Eliminación

El misoprostol se elimina principalmente a través del metabolismo y luego se excreta a través de la orina (73%), principalmente en forma de metabolitos, pero menos del 1% sin cambios. Se encontró una pequeña cantidad (15%) en las heces, probablemente debido a la eliminación del tracto biliar. (14)

II.7 Inducción

Inducción del trabajo de parto es la intervención médica a través de métodos farmacológicos y / o mecánicos puede causar contracciones uterinas regulares y cambios cervicales, lo que puede desencadenar la inducción del trabajo de parto. (15)

La inducción es estimular el útero mediante un método caracterizado por la activación artificial de la actividad uterina. Si el proceso de parto es demasiado lento o no se desencadena de forma natural, hará que el cuello se expanda y se expanda, comenzando o acelerando el parto. Debe distinguirse de la fuerza impulsora, lo que significa que el trabajo de parto debe mejorarse cuando comienza espontáneamente, es decir, el cuello uterino ya se ha contraído y expandido. Se contrae aproximadamente cada 2-3 minutos por una duración de 60-90 segundos y una intensidad de 50-60 mmHg sin causar irritación uterina excesiva y / o daño a la salud fetal. (7)

II.8 Indicaciones para la inducción

Las indicaciones se refieren a esas condiciones obstétricas, y el método más beneficioso para optimizar el pronóstico fetal es la inducción del parto. Cuando los beneficios exceden el riesgo de continuar el embarazo, esta serie de procedimientos que desencadenan el parto puede usarse como una intervención terapéutica. Debe considerarse solo cuando la ruta vaginal es la mejor para el parto. Estas indicaciones se dividen en: (16)

II.8.1 Indicaciones absolutas:

- Ruptura prematura de membranas en gestantes a término o durante las 34 semanas, es decir, cuando no se produce un parto espontáneo 12 horas después de la ruptura.
- Embarazo posttérmino (más de 42 semanas)
- Problemas de salud materna como diabetes, enfermedad pulmonar o renal crónica, neuropatía, tumores malignos y problemas cardíacos.
- Preeclampsia
- Hipertensión crónica e inducida por el embarazo.
- Problemas fetales, tales como: retraso en el crecimiento o disminución del líquido amniótico.
- Infecciones uterinas (como corioamnionitis)
- Óbito fetal.

II.8.2 Indicaciones relativas:

- Embarazo a término con antecedentes de parto rápido.
- Las mujeres que viven lejos y están embarazadas a término (es difícil saber la edad gestacional y la madurez pulmonar) son geográficamente difíciles de obtener atención médica. (16)



II.9 Contraindicaciones para la inducción

Las contraindicaciones son generalmente las mismas que el parto natural o parto vaginal. Estas condiciones incluyen, entre otras, las siguientes condiciones: (16)

II.9.1 Uterinas:

- Cirugía uterina previa.
- Placenta previa (la placenta cubre la entrada del útero)
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Ruptura uterina previa. (16)

II.9.2 Fetales:

- Macrosomía fetal.
- Anomalías fetales: hidrocefalia, desproporción céfalo pélvica (DCP)
- Presentación pelviano o transversa.
- Deterioro de la salud fetal, como: compromiso de bienestar fetal, patrón anormal de frecuencia cardíaca fetal.
- Prolapso del cordón umbilical
- Embarazo múltiple.
- Recién nacido prematuro debido a que los pulmones fetales son inmaduros. (16)

II.9.3 Maternas:

- Mala anatomía pélvica
- Infección activa de herpes genital.
- Cáncer cervical invasivo.
- Condilomatosis vaginal (16)

II.10 Precauciones para la inducción

En los siguientes casos, debido al mayor riesgo de ruptura uterina, se debe tener especial cuidado: (17) (18)

- Distensión uterina aumentada por: polihidramnios, Macrosomía fetal.
- Gran multípara.
- Sangrado uterino inexplicable.
- Si el vértice no encaja en la pelvis.

- Hipertonicidad preexistente.
- Historia de distocia o trauma. (17) (18)

II.11 Puntuación de Bishop

El estado del cuello uterino es el factor más importante para la inducción exitosa del trabajo de parto, su duración y la posibilidad de parto vaginal. En 1964, Bishop ideó un método para evaluar sistemáticamente la condición del cuello uterino para determinar qué tan bien se está preparando para el parto. El sistema evalúa con el tacto vaginal, las características del cuello uterino: dilatación y borramiento del cuello uterino, la altura de presentación, la consistencia, la ubicación del cuello uterino y del feto y la preparación en el canal de parto. En resumen, intenta establecer un diagnóstico de posibles riesgos para el feto y la futura madre durante el parto.

En este sistema de puntos, se asigna un número entre 0 y 13 para indicar el estado del cuello uterino. El puntaje de cada categoría está entre 0 y 3, y finalmente los puntajes se suman, y el resultado determinará la factibilidad de inducir el parto. Cuanto mayor sea el puntaje, mayores serán las posibilidades de una inducción correcta, y el parto continuará naturalmente. Si el cuello uterino es desfavorable (puntaje igual o inferior a 6), se considera inmaduro y se debe usar prostaglandina para mejorar el puntaje; si el cuello uterino es favorable (puntaje mayor a 6), se considera maduro y generalmente puede inducirse solo con oxitocina.

Tabla 1: Sistema de puntuación Bishop

SISTEMA	DE 0	1	2	3
PUNTUACIÓN DE BISHOP				
Dilatación	0-1cm	2-3 cm	4-5cm	>5cm
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	>70%
Posición	Posterior	Central	Anterior	
Consistencia	Firme o Dura	Intermedia o reblandecida	Blanda o suave	
Altura De Presentación	-3	-2	-1-0	+1+2

Fuente: ACGO. Norma y protocolo materno del Ministerio de Salud Pública. (19)

II.12 Inducción del trabajo de parto

Antes de la inducción del trabajo de parto, se debe verificar la edad gestacional del feto (evitar el parto prematuro iatrogénico) para asegurar la presentación fetal, confirmar o excluir la presencia de contracciones uterinas, y se recomienda informar al paciente sobre sus indicaciones, riesgos (posibles complicaciones) y beneficios, para que ella pueda firmar su consentimiento. Una vez que se toma la decisión de inducir el parto, se deben considerar ciertos factores clínicos: paridad, condición de las membranas corioamnióticas (rota o íntegra), condición cervical; Bishop (favorable o desfavorable); compromiso de bienestar fetal (monitoreo fetal sin estrés) en el registro cardiotocográfico y si hay historia previa de cesárea. En algunas complicaciones debido a amenazas de parto prematuro, por ruptura prematura de membranas menor a las 24 horas, produciendo oligohidramnios leve y moderado, no menor a 5cm, puede ser necesario inducir el parto, valorando en la madre:

- Semana gestacional (mayor o igual a las 35 semanas)
- Contracciones uterinas con frecuencia de 4 en 20/30 minutos
- Bishop favorable
- Pruebas complementarias (hemograma, PCR, pruebas de coagulación)

Y en el feto realizando:

- Pruebas fetales que no se encuentren alteradas (registro cardiotocográfico, pruebas de estrés y perfil biofísico)
- Peso Fetal de 2154 a 3036 gramos

Donde se valora todos estos aspectos y podrá inducir el trabajo de parto y el feto nacerá prematuramente; en caso de que las pruebas fetales como: la prueba sin estrés (NST) del feto sea patológico y el perfil biofísico (PBF) sea menor de 4 a 6 puntos sobre 10, además del monitoreo fetal intraparto con registro cardiotocográfico con categoría de III se debe terminar el embarazo mediante cesárea.

Por este motivo se aconseja, que la semana ideal de gestación para inducir un parto, sea a partir de las 37 a las 42 semanas de embarazo, con un peso de 2513 a 3543 gramos. (20) (21) (22)

II.13 Dosis y vías de administración

Se puede administrar por vía vaginal, oral y sublingual. Las pautas del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomiendan que tomar 25 ug de misoprostol cada tres a seis horas sea efectivo para inducir el parto, y tomar 50 ug de misoprostol cada seis horas es efectivo. . En algunos casos, este método es apropiado, aunque hay informes de que las dosis altas aumentan el riesgo de complicaciones, mientras que las dosis bajas no tienen ninguna diferencia. (20) (21)

Este es un esquema establecido por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos con respecto a la dosis y el intervalo de uso.

Tabla 2: Dosis, vías, intervalos, y máximo de Administración

<i>Dosis de Administración</i>	<i>Vía</i>	<i>Intervalo de dosis</i>	<i>Máximo de dosis</i>
25 microgramos	Vaginal	Cada 4 horas	6 dosis
25 microgramos	Vaginal	Cada 6 horas	4 dosis
50 microgramos	Vaginal	Cada 4 horas	6 dosis
50 microgramos	Vaginal	Cada 6 horas	4 dosis
100 microgramos	Vaginal	Cada 4 horas	6 dosis
100 microgramos	Oral	Cada 6 horas	8 dosis
50 microgramos	Sublingual	Cada 4 horas	6 dosis

Fuente: (ACOG), Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. (19)

II.13.1 Vía oral

Cuando se toma por vía oral, el misoprostol se absorbe rápida y ampliamente (88%). Los alimentos y los antiácidos reducirán la tasa de absorción. Por la vía oral, la concentración plasmática de misoprostol aumenta rápidamente, alcanza un máximo entre 12.5 y 60-22 minutos después de la administración, y regresa al nivel más bajo después de 120 minutos. Por lo tanto, el tono uterino comienza a aumentar después de 8 minutos de administración y alcanza la intensidad máxima en casi 26 minutos. Mediante un período de observación de cuatro horas, menos del 40% de las mujeres observaron contracciones uterinas. Teniendo en

cuenta la rápida disminución de los niveles plasmáticos del fármaco, el intervalo de dosis puede ser tan corto como una vez cada 2 o 3 horas cuando se toma por vía oral. (23)

La droga sufre un metabolismo extenso durante el primer ciclo para formar su principal metabolito activo, el ácido mesacónico, que luego se metaboliza en los tejidos humanos. Aproximadamente 30 minutos después de una sola administración oral, se suprime la secreción de ácido gástrico, y el efecto máximo se logra en 60 a 90 minutos. La duración e intensidad de la supresión del ácido gástrico dependen de la dosis, con un posible efecto de límite superior de 400 ug. La vida media de eliminación del ácido de dislocación es de 20 a 40 minutos, pero para los pacientes con insuficiencia renal, la vida media de eliminación puede ser de hasta 80 minutos. Menos del 1% de la dosis se excreta en la orina sin modificación.

Aproximadamente el 15% de la dosis se excreta en las heces, el 74% de las cuales se excreta en la orina dentro de los 7 días. No está claro si el agente pasa a través de la placenta y la leche materna. (23)

II.13.2 Vía vaginal

La biodisponibilidad de misoprostol a través de la vía vaginal es tres veces mayor que la vía oral. Después de la administración vaginal, la concentración plasmática de misoprostol aumentó gradualmente, alcanzó su punto máximo entre 60 y 120 minutos, y luego disminuyó lentamente, alcanzando un nivel máximo del 61% a los 240 minutos después de la administración. Los niveles plasmáticos permanecieron relativamente estables durante al menos seis horas después de la administración. Además, cuando se agregó agua al misoprostol en la ruta vaginal, los niveles séricos permanecieron hasta seis horas después de la administración, lo que indica que la absorción aumenta en este caso, pero no está claro si esto tiene un efecto significativo clínico. (24)

La última observación es consistente con los informes de que la píldora no se disuelve en todas las mujeres que reciben misoprostol vaginal. Es probable que esta observación empírica haga que algunos médicos mojen la píldora antes de introducirla en la vagina. Debido a que las píldoras de misoprostol se deben disolver al pH ácido del estómago, la solubilidad del misoprostol administrado por vía transvaginal debe estudiarse mejor. Este detalle debe considerarse solo cuando se utiliza un producto comercial de misoprostol que se desarrolló originalmente para uso vaginal y representa la mayoría de los casos. Brasil

sigue siendo el único país en el mercado que se especializa en la preparación de misoprostol para uso vaginal.

En la actualidad, la dosis y el intervalo de administración vaginal aún se desconocen (4). Sin embargo, la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos (FIGO) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan que la maduración cervical comience con 25 microgramos, para minimizar las reacciones adversas. El mismo punto se reiteró en el metanálisis, que comparó la eficacia y la seguridad de las dosis de 50 mg y 25 mg, y concluyó que el efecto y la seguridad del uso de dosis son más bajas, pero más seguras, lo que reduce la frecuencia cardíaca. Velocidad, la incidencia de cesárea. Debido al deterioro de la salud fetal, es necesario ir a la sala de cuidados neonatales y al meconio. Dosis recomendada: 25 mg a intervalos de 3 a 6 horas, dependiendo de la cinética uterina. (24) (25)

En resultados de estudios existentes sobre el uso del fármaco en presentaciones diseñadas especialmente para la vía vaginal se ha observado, que el misoprostol se mantiene en los niveles séricos por periodos largos de tiempo. Por lo tanto, la administración vaginal produce niveles plasmáticos sostenidos, mayor biodisponibilidad y efectos locales en el cuello, que son más propicios para los efectos fisiológicos deseados en la maduración del cuello y el aborto terapéutico.

Si es razonable creer que el efecto farmacológico del medicamento depende de la concentración plasmática, el intervalo entre el uso vaginal debería ser teóricamente mayor de 4 horas, por lo tanto, la dosis debe repetirse cada 6 horas, en lugar de 3 o 4 horas cada vez, según la evidencia los niveles séricos de metabolitos de misoprostol en el suero de mujeres embarazadas continuaron aumentando hasta después de esta administración. Debe enfatizarse que el conocimiento farmacocinético del misoprostol oral solo se basa en la administración de grandes dosis (400 microgramos), porque hasta la fecha, nadie ha medido con éxito la concentración el plasma de los metabolitos de misoprostol después de que se haya usado en dosis bajas. (24) (25)

II.13.3 Vía sublingual

Cuando se administra por vía sublingual, la curva de concentración plasmática es similar a la vía oral, pero el nivel es más alto. Obviamente, esta característica tendrá la ventaja de hacer que la ruta sublingual sea adecuada para situaciones donde se requieren niveles

plasmáticos más altos en un corto período de tiempo. Por ejemplo, al prevenir y tratar la hemorragia posparto, se requiere una acción temprana. Sin embargo, la vía sublingual fue rechazada debido a su alta tasa de reacciones adversas.

La vía oral y sublingual es muy útil cuando se necesitan niveles séricos más altos a corto plazo. La vía sublingual debe usarse con precaución porque es más probable que cause taquicardia, pero esta ruta permite contracciones más regulares que la vía oral. (15)

II.14 Vía oral en comparación con vía vaginal

En comparación con el uso vaginal, el uso oral tiene un tiempo más corto para alcanzar la concentración plasmática máxima (34 minutos frente a 80 minutos) y produce una concentración plasmática máxima más alta, pero la actividad es mucho más corta. Esto aparece como un aumento inicial más rápido y más pronunciado, pero la vía oral tiene una menor persistencia del tono uterino

En una revisión sistemática de estudios que compararon las vías orales con las vías vaginales, se descubrió que el primero estaba asociado con una tasa de parto más lenta pero con menos cesáreas.

Los estudios de contractilidad uterina han demostrado que después de la administración vaginal, el tono uterino comienza a aumentar a los 21 minutos y alcanza un pico a los 46 minutos. Todas las mujeres embarazadas experimentan contracciones uterinas y aumentan gradualmente su fuerza durante las siguientes 4 horas. El efecto farmacológico del medicamento depende de la concentración plasmática, por lo que el intervalo de uso vaginal debe ser superior a 4 horas. Además de la acción sistémica, la administración vaginal también tiene un mecanismo de acción local. (25)

II.15 Inducción definitiva.

Método continuo

- Colocar 25 µg de Misoprostol en fondo de saco posterior o sublingual.
- Repetir igual dosis en 4 h, si se requiere.
- Si no hay respuesta, después de dos dosis de 25 µg y se trata de una nulípara:
- Aumentar la dosis a 50 µg c/ 4h por 4 dosis (Total 250 µg)
- Si la paciente es multípara:



- 25 µg c/4h hasta 6 dosis (Total 150 µg).

Si se logra el efecto deseado, continúe conduciendo oxitocina a través del protocolo de inducción establecido. Este método se llama un método combinado o un método alternativo.
(25)

II.16 Eficacia del misoprostol

En la mayoría de los regímenes de dosificación utilizados, el misoprostol es al menos tan efectivo como los métodos convencionales de inducción del parto. Si la dosis es superior a 25ug, la administración vaginal cada 4-6 horas, la probabilidad de falla de administración vaginal y misoprostol dentro de las 24 horas es menor que la dinoprostona. La mayor eficacia del misoprostol se asocia con una maduración cervical más rápida. (25)

II.17 Puntos claves a considerar previo a la dosificación de misoprostol

- Asegúrese de que este procedimiento proporcione los mejores resultados para la madre y el feto.
- Confirme la edad gestacional por ultrasonido en los primeros tres meses.
- Complete la evaluación obstétrica. Se requieren antecedentes médicos maternos y examen físico, incluido el uso de la escala Bishop para evaluar el estado cervical, la pelvis materna y el progreso del parto inducido.
- Debe tener la infraestructura para resolver la complejidad que puede traer el proceso. Disponible en centros de enfermería de segundo y tercer nivel. Esto incluye tener recursos para el monitoreo fetal, medición fetal, personal médico capacitado y componentes sanguíneos.
- Después de comprender los pros y los contras de la cirugía y la posibilidad de una cesárea, obtenga el consentimiento informado del paciente.
- La dosis efectiva de misoprostol varía de mujer a mujer.
- La eficacia de la administración oral es similar a la del tratamiento transvaginal, y la incidencia de sobre estimulación es baja.
- Si la actividad uterina es igual o mayor a 2 contracciones en 10 minutos, no tome una nueva dosis de misoprostol.
- Los bacteriolíticos deben usarse para el tratamiento de la hiperosmolaridad instantánea y / o debe haber una cesárea de emergencia en la sala de operaciones.



- Para las personas con embarazos de alto riesgo y heraldos de interrupción rápida del embarazo, se debe preferir una dosis alta (50 ug). (25)

II.18 Tiempo hasta conseguir el efecto

Lo más común es que después de tomar la primera dosis del medicamento, necesita un promedio de 10 horas para tener un trabajo de parto activo. Teniendo en cuenta la dosis recomendada y el intervalo de administración puede variar de 13 a 20 horas en promedio. La velocidad de producción del parto depende de la paridad y la condición cervical. Las mujeres nulíparas o con cuellos inmaduros tienen un período de tiempo más largo. (19)

II.19 Manejo clínico de la inducción con misoprostol (19)

- El paciente debe ser informado y el procedimiento debe ser acordado o rechazado por escrito. La información debe incluir indicaciones para la inducción, la elección del método de uso y los posibles riesgos o consecuencias.
- La vitalidad fetal (FV) es uno de los parámetros a controlar en inducción del parto. Antes de la inducción, debe garantizar una buena vitalidad fetal.
- Evaluar el cuello uterino cada 3 horas después de comenzar una actividad uterina útil (3-4 contracciones en 10 minutos).
- Monitorear: pulso, presión arterial y contracciones.
- Una vez que comienza el registro de las contracciones, el monitoreo fetal intermitente C / 2-3h, al menos 30 minutos.
- Si se produce estimulación excesiva o si la contracción excede 5 veces en 10 minutos, coloque al paciente en la posición acostada del lado izquierdo y considere el uso tocolíticos
- Si aumenta el puntaje de Bishop, comience a administrar oxitocina 4 horas después de uso del último misoprostol.
- Si hay actividad del útero con 2 contracciones uterinas en 10 minutos, no agregue oxitocina.
- Si no se determina que el puntaje de Bishop ha subido de puntuación, no incremente la dosis hasta el llegar máximo, considere ya no inducir y realizar una cesárea. (22)



El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que antes de diagnosticarse distocia por la falta de progresión del parto en la primera, se deben cumplir dos requisitos: (15)

1. Completar la fase latente e iniciada la fase activa del trabajo de parto (comienza cuando el cuello uterino alcanza 4 cm o más de dilatación).
2. El método de contracción debe ser 3 veces / 10 minutos durante 2 horas sin cambios cervicales. (13)

II.20 Reacciones secundarias y adversas (26)

Sobre la madre:

- Diarrea
- Nauseas
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Flatulencia
- Vómitos
- Estreñimiento
- Vértigos. (26)

Sobre el feto:

- Taquisistolía
- Hipotensión
- Compromiso de bienestar fetal (aspiración de líquido meconial, acidosis fetal, bradicardia fetal (26)

II.21 Complicaciones de la inducción

Las complicaciones de inducción suelen ser inherentes a la farmacodinamia del fármaco y dependen de la dosis. Entre las complicaciones más frecuentes, puede mencionar: (27)

II.21.1 Hiperdinamia uterina

Es el más común y se caracteriza por una mayor fuerza y / o frecuencia de contracciones. Puede manifestarse como taquicardia (contraída más de 5 veces en 10 minutos) o hipertonía (tono superior a 10 mm Hg o contracción durante más de 120 segundos), que puede causar

cambios en la frecuencia cardíaca fetal. El manejo inadecuado puede causar compromiso de bienestar fetal (debido a que la perfusión del espacio intervelloso ocurre principalmente en reposo), parto precipitado, desprendimiento placentario, muerte fetal y ruptura uterina.

Una vez que se realiza el diagnóstico, la paciente debe colocarse en una posición lateral para reducir las contracciones y considerar tocólisis, que generalmente son suficientes para aliviar la actividad uterina. Si continúa, se puede usar la infusión de inhibidores uterinos (sulfato de magnesio), lo que rara vez es necesario. Se debe realizar un monitoreo fetal para determinar si es factible continuar el parto. (1)

II.21.2 Compromiso de Bienestar Fetal

Es un estado que cambia la fisiología del feto, generalmente secundaria a una alta actividad uterina, y se manifiesta como desaceleración tardía o prolongada. El tratamiento se completó colocando al paciente en una posición de decúbito lateral, dando cristaloides y raramente usando tocolíticos (sulfato de magnesio). Una vez superado, el caso debe ser reevaluado para determinar el método de entrega. El sufrimiento fetal refractario debe realizarse por cesárea.

II.21.3 Hiperbilirrubinemia neonatal

Según los informes, los recién nacidos con inducción más frecuente tienen ictericia temprana, que generalmente es leve. Como se muestra en un estudio realizado en Perú, un estudio de tipo: Observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles; en donde la frecuencia de neonatos con ictericia y sin ictericia fue de 31 y 13 %, respectivamente, siendo la inducción de labor de parto un factor asociado para ictericia neonatal (Se calculó el Odds Ratio 3:1). (28)

II.21.4 Inducción fallida

Por lo general, la mayoría de las inducciones de parto terminan satisfactoriamente; Si no se logra este objetivo, se considera que existe inducción fallida. En el caso de condiciones cervicales deficientes, la incidencia de esta situación es de aproximadamente el 17,1%. Sin embargo, no existe una definición generalmente aceptada de inducción fallida entre diferentes sociedades científicas. (15)



SEGO: cuando no se alcance una dilatación de cuatro centímetros. Después de 12-18 horas de ruptura de la membrana, administración de oxitocina y dinámica uterina regular o dosis máximas.

ACOG: recomienda definir el fracaso de la inducción como no producir contracciones regulares aproximadamente cada 3 minutos y causar cambios en el cuello uterino al menos 12 horas después de tomar oxitocina con membranas rotas artificialmente.

SOGC: cuando no se produce un parto vaginal dentro de las primeras 24-48 horas de inducción.

Los criterios para clasificar la inducción como falla a menudo no son uniformes. Se estima que en presencia de cuellos desfavorables falla en el 15% de los casos. Debe distinguirse de la incapacidad de parto debido desproporción cefalopélvica o alteraciones en la posición. Se propone una definición: el parto no puede establecerse después de cada ciclo de tratamiento de 6 horas dentro de las 24 horas. Si la inducción falla, se debe reevaluar el caso y se debe reevaluar el estado fetal para determinar las siguientes opciones de tratamiento: cambiando el método farmacológico (oxitocina, amniotomía, otras opciones de PGE₂) para otros intentos de inducción, retraso de la inducción o conllevar a una cesárea. (13)

II.21.5 Ruptura uterina

Las mujeres con antecedentes de cesárea merecen una mención especial del riesgo de ruptura uterina después de la inducción. Las pacientes que tuvieron una cesárea, pero no realizaron un parto vaginal y cuyo cuello es desfavorable a las 39-40 semanas de gestación (Bishop menor de 4 años) tienen un mayor riesgo de parto (septicemia, ruptura uterina, histerectomía). Las pacientes con cesárea y que recibieron misoprostol tenían un riesgo del 5,6% de ruptura uterina. (29)

II.21.6 Líquido amniótico manchado o meconial

Esto es muy frecuente en la inducción con misoprostol. Algunos estimulantes miométriales pueden penetrar la placenta para estimular los músculos lisos del intestino fetal y hacer que pase el meconio. (29)



II.21.7 Hemorragia postparto

Se caracteriza por la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal y más de 1000 ml de sangre después de la cesárea en las primeras 24 horas después del parto. Para ayudar a prevenir estas complicaciones, la frecuencia cardíaca fetal y la fuerza de contracción se controlan cuidadosamente electrónicamente durante la inducción del parto.

Existen algunos mecanismos que explican el riesgo de hemorragia posparto después de la inducción del parto. Primero, los medicamentos utilizados para inducir el parto, como las prostaglandinas y oxitócicos. Actúan directamente sobre los músculos uterinos, lo que puede causar aumento de contracciones y condicionar a un estado de fatiga del miometrio, lo que conduce a una atonía uterina posparto. En un estudio realizado en el Hospital Belén de Trujillo en Perú en el año 2019, concluye que la inducción de labor del parto es un factor de riesgo para hemorragia posparto por atonía uterina. La frecuencia de hemorragia posparto por atonía uterina en inducción del trabajo de parto fue de 33%, mientras que la frecuencia de gestantes sin hemorragia posparto por atonía uterina fue del 18% en inducción del trabajo de parto. (30)



CAPITULO III

III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

III.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, de corte transversal.

III.2 Área de estudio

Pacientes gestantes entre las 37.1 a 40.6 semanas, que acudieron al servicio de Ginecología en emergencia y/o consulta externa, que han sido valoradas y hospitalizadas para la culminación de su embarazo en el Hospital General Docente de Riobamba Mayo 2019 – Marzo 2020.

III.3 Universo y muestra

El estudio que se lleva acabo para la investigación planteada se incluye a una muestra del total de toda la población de pacientes gestantes entre las 37.1 a 40.6 semanas de gestación que hayan sido valoradas y corroboradas por interrogatorio al realizar historia clínica, por Fecha de última menstruación y hayan cumplido con los criterios de inclusión, obteniendo un total de 365 pacientes, se realizó el cálculo muestral mediante la fórmula para determinar población finita:

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N: total del universo (365)

e: margen de error 5% (0.05)

Z: nivel de confianza para una seguridad del 95 % = 1.96

p: proporción esperada= 0.5

q: 1-p = 0.5

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 365}{0.05^2 (365 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = 73$$



III.4 Identificación de variables

- Características demográficas
- Edad
- Complicaciones fetales
- Bishop desfavorable
- Semanas de gestación entre 37.1 a 40.6 por Fecha de última menstruación
- Dosificación de misoprostol
- Vía de administración de misoprostol

III.5 Operacionalización de variables

III.5.1 Criterios de Inclusión

- Toda paciente hospitalizada en el área de Ginecología con Bishop desfavorable, embarazo entre las 37.1 a 40.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación.
- Pacientes ingresadas al servicio de Ginecología en consultorios de emergencia y consulta externa, con Bishop desfavorable para la terminación del embarazo, durante el periodo Mayo 2019 – Marzo 2020.
- Pacientes que cursen su embarazo con un feto único, vivo y presentación cefálica.
- Pacientes con registro de su atención médica en el sistema RDACAA.

III.5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con comorbilidades previamente ya establecidas maternas o fetales (diabetes mellitus tipo II, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, placenta previa, desproporción céfalo-pélvica, antecedentes de cirugía uterina previa “Cesárea”, compromiso de bienestar fetal diagnosticado antes del ingreso, Restricción de crecimiento intrauterino, peso bajo al nacer, distocia de presentación, ingestión previa de sustancias farmacológicas o naturales con propiedades útero tónicas “perejil, agua de canela”, traumatismos maternos, embarazo múltiple) donde estas se encuentren descompensadas y cualquier tipo de discapacidad.
- Pacientes con diagnóstico de macrosomía fetal y óbito fetal.

Tabla 3. Operacionalización de variables

<i>Variable Específica</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>			
		Tipo de Variable	Categoría	Escala	Indicador
<i>Edad</i>	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	1. 15-19 2. 20-35 3. > 35	Porcentaje por grupo de edad
<i>Procedencia</i>	Zona de procedencia	Cualitativa	Nominal	1. Urbana 2. Rural	Distribución de la población según la zona de procedencia
<i>Nivel de instrucción</i>	Último grado escolar aprobado	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitaria 4. Ninguna	Distribución de la población según nivel de instrucción
<i>Partos y cesáreas</i>	Atención obstétrica y ginecológica	Cuantitativa	Discreta	1. Partos sin complicaciones 2. Cesáreas anteriores 3. Partos inducidos por misoprostol 4. Cesáreas por fallo de inducción	Porcentaje de partos y cesáreas
<i>Inducción del parto</i>	Tratamiento Médico:	Cualitativa	Nominal	1. Con inducción 2. Sin inducción	Porcentaje de pacientes



	Inducción del trabajo de parto mediante administración de misoprostol					según la inducción
<i>Vías de culminación del embarazo asociadas a la inducción</i>	Culminación del embarazo posterior a la administración de misoprostol.	Cuantitativa	Nominal	1. Parto vaginal 2. Cesárea	Porcentaje de pacientes según la vía de culminación del embarazo asociadas a la inducción	
<i>Indicaciones de inducción</i>	Indicaciones médicas de inducción del parto	Cualitativa	Nominal	1. Fase latente prolongada 2. Ruptura prematura de membranas 3. Oligohidramnios leve 4. Hipertensión gestacional 5. Otros	Porcentaje de indicaciones médicas de inducción	
<i>Indicaciones de cesárea</i>	Indicaciones médicas de culminación	Cualitativa	Nominal	1. Compromiso de	Porcentaje de pacientes	



	del embarazo mediante cesárea				bienestar fetal 2. Inducción fallida 3. Distocia de presentación 4. Desproporción céfalo - pélvica	según indicación de cesárea
<i>Vía de administración</i>	Lugar donde administra el medicamento	por se a	Cuantitativo	Nominal	1. Vía sublingual 2. Vía vaginal	Porcentaje de pacientes según vía de administración
<i>Dosis de misoprostol</i>	Cantidad de dosis administradas	de	Cualitativa	Nominal	1. 25 ug vaginal 2. 50 ug vaginal 3. 50 ug sublingual	Porcentaje de administración
<i>Cantidad de dosis administradas</i>	Numero de dosis administradas	de a	Cuantitativo	Ordinal	- 1 – 2 - 3 – 4 - 5 – 6	Porcentaje según número de dosis
<i>Complicaciones maternas por vía vaginal</i>	Complicaciones por vía de administración		Cualitativa	Nominal	1. Hemorragia posparto 2. Lesión del canal del parto	Porcentaje de complicaciones maternas



				3. Taquisistolia por vía de administración	
				4. Cesárea por inducción vaginal fallida	
<i>Complicaciones maternas por vía sublingual</i>	Complicaciones por vía de administración	Cualitativa	Nominal	1. Hemorragia posparto	Porcentaje de
				2. Taquisistolia	complicaciones
				3. Cesárea por inducción fallida	maternas por vía de administración
				4. Otros	ción sublingual
<i>Complicaciones neonatales</i>	Son signos que presentan, aquejan y comprometen al feto antes y durante el parto.	Cualitativa	Nominal	1. Compromiso de bienestar fetal	Porcentaje de complicaciones
				2. Aspiración de líquido meconial	neonatales
				3. No complicaciones	



III.5.3 Procedimiento de recolección de datos.

- Para el objetivo N° 1 se obtuvo información de:
 - Revisión documental del programa de datos del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
- Para el objetivo N° 2, 3, 4, 5 y 6 se utilizó:
 - Historias clínicas únicas, revisión bibliográfica y documental.
 - Programa estadístico Excel.

III.5.4 Plan de procesamiento de datos

- Se elaboró matrices, tablas y cálculo de indicadores con sus respectivos porcentajes.
- Se identificó la población de gestantes a términos del HPGDR, por lo cual se realizó un registro de manera única vinculando variables en una base de datos de archivos múltiples.
- Se designó a un miembro del equipo la responsabilidad de registrar todas las actividades de procesamiento como: problemas encontrados, resolución de problemas principales y decisiones tomadas.
- La recolección de datos se realizó mediante la base de datos del sistema RDACAA del HPGDR
- Los datos se procesaron en forma manual, utilizando el programa estadístico de Excel versión 2013, en el cual se realizó un análisis descriptivo con la obtención de porcentajes para las variables sociodemográficas.
- Para la presentación de resultados se elaboró tablas y gráficos.

CAPITULO IV

II. RESULTADOS

V.1 ANALISIS UNIVARIANTE

V.1.1 Edad

De la muestra tomada para el estudio el 10.00% (8) pacientes comprenden la edad de 15 a 19 años, el 69.00% (51) comprendían entre los 20 a 35 años y > de 35 años se encontró 21.00% (16) pacientes.

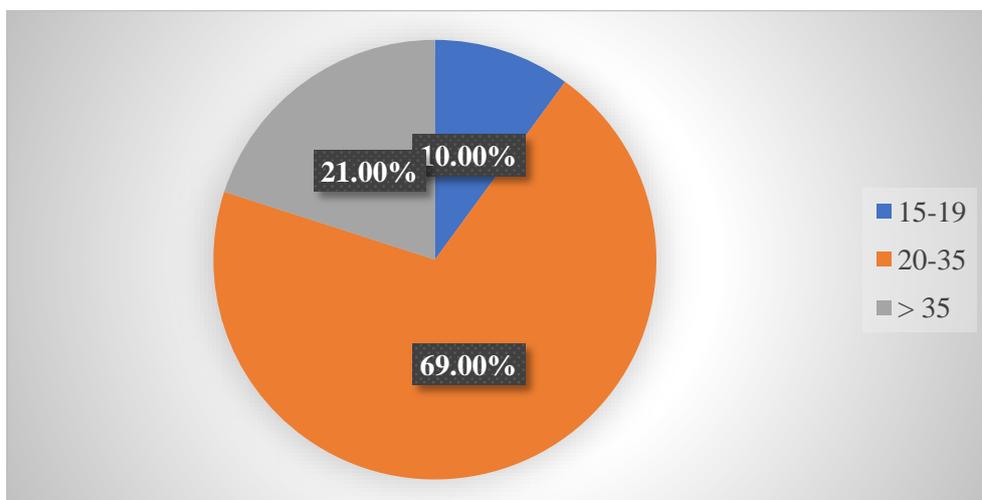
Tabla 4: Edad de las pacientes

EDAD EN AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
15-19	8	10.00%
20-35	51	69.00%
> 35	16	21.00%
<i>TOTAL</i>	73	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 1: Edad de las pacientes.



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 4.

V.1.2 Procedencia

Se pudo evidenciar en la muestra seleccionada del Hospital en estudio con las pacientes que predomina la zona urbana con 71.23% (52) pacientes y en menor porcentaje 28.76% (21) de zonas rurales.

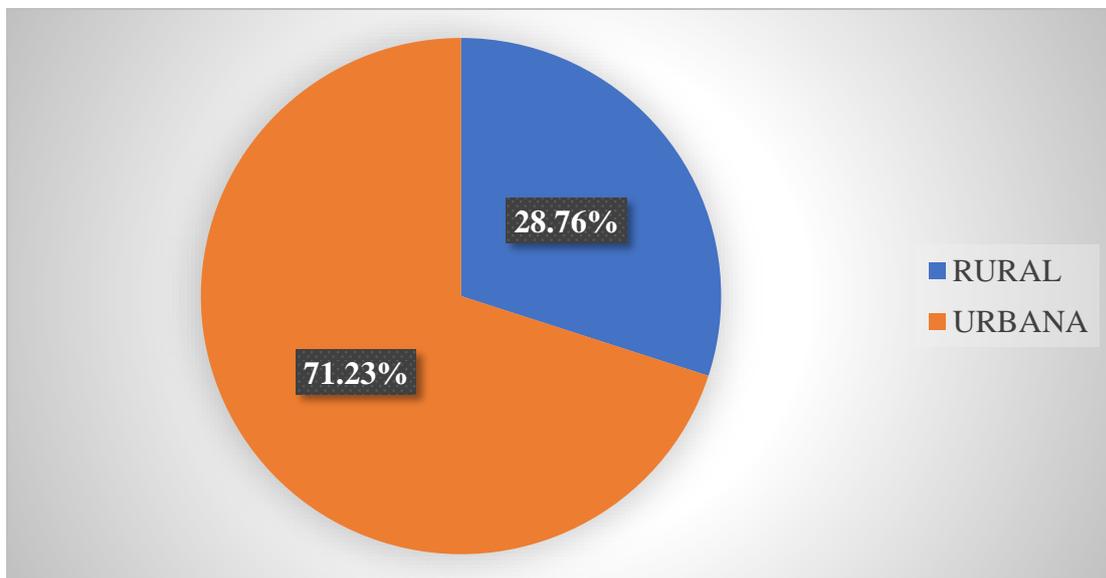
Tabla 5: Procedencia

ZONA	NUMERO	PORCENTAJE
RURAL	21	28.76%
URBANA	52	71.23%
TOTAL	73	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 2: Procedencia



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 5

V.1.3 Nivel de instrucción

Encontramos que el nivel de educación para las pacientes que culminaron la primaria fue del 8.21 % (6) paciente, secundaria 50.68 % (37), instrucción superior 41.09% (30) pacientes y con 0% en ninguna.

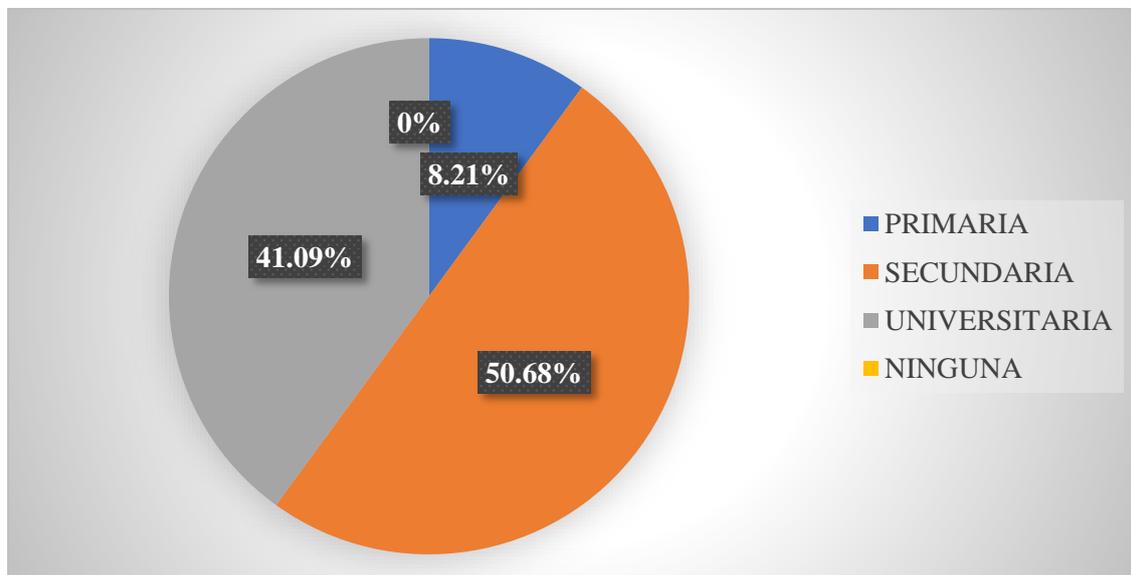
Tabla 6: Nivel de instrucción

INSTRUCCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMARIA	6	8.21%
SECUNDARIA	37	50.68%
UNIVERSITARIA	30	41.09%
NINGUNA	0	0%
<i>TOTAL</i>	73	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 3: Nivel de instrucción.



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 6

V.1.4 Partos atendidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba Mayo 2019 – Marzo 2020”

En el Hospital General Docente de Riobamba en el período Mayo 2019 a Marzo 2020 se atendieron un total de 1305 partos: el 65.9 % fueron partos sin complicaciones, el 18% cesáreas sin ninguna complicación, el 9.96 % de partos inducidos por misoprostol y 6% cesáreas por fallo de inducción.

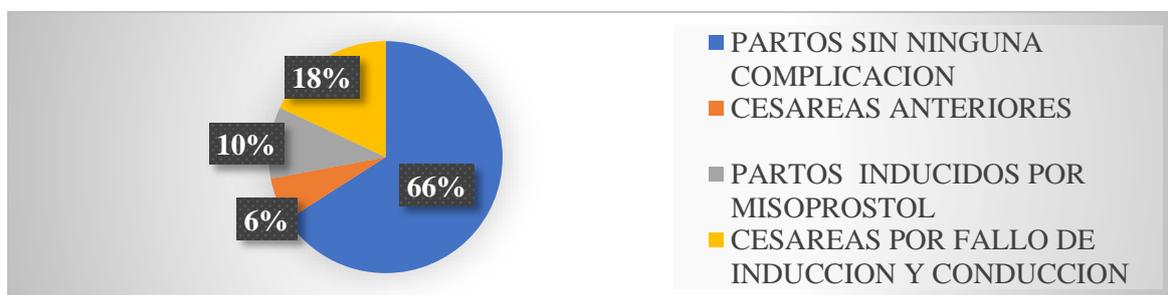
Tabla 7: Partos llevados a cabo en el Hospital Provincial General Docente Riobamba mayo 2019 – marzo 2020”

INDICADORES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARTOS SIN NINGUNA COMPLICACION	860	65,9
CESAREAS ANTERIORES	80	6,13
PARTOS INDUCIDOS POR MISOPROSTOL	130	9,96
CESAREAS POR FALLO DE INDUCCION	235	18
<i>Total</i>	1305	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 4: Partos llevados a cabo Hospital Provincial General Docente de Riobamba mayo 2019 - marzo 2020



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 7.

V.1. 5: Manejo del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital General Docente Riobamba periodo mayo 2019 - marzo 2020

Las pacientes atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba en el período Mayo 2019 – Marzo 2020, se manejó el trabajo de parto de la siguiente manera: 940 (72%) pacientes no se indujo el parto y 365 (28%) pacientes se indujeron su trabajo de parto.

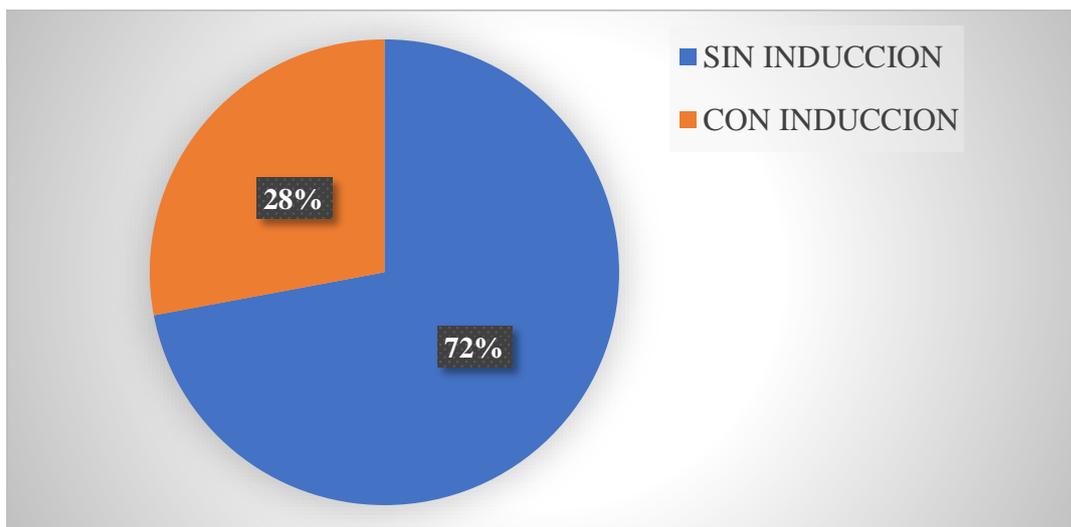
Tabla 8: *Pacientes con inducción y sin inducción del trabajo de parto en el Hospital General Docente Riobamba periodo mayo 2019 - marzo 2020*

<i>PACIENTES</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE %</i>
SIN INDUCCION	940	72,03
CON INDUCCION	365	27,96
<i>TOTAL</i>	1305	100%

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Grafico 5: *Pacientes con inducción y sin inducción del trabajo de parto en el Hospital General Docente Riobamba periodo mayo 2019 - marzo 2020*



Realizado por: IRM. Fabian Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 8

V.1.6 Vía de culminación del embarazo posterior a la inducción del trabajo de parto

En el presente estudio que estamos llevando a cabo, de 365 pacientes en total, 130 (35.61 %) pacientes fueron administradas misoprostol para inducción del trabajo de parto terminando en parto vaginal y 235 (64%) pacientes terminaron en cesárea.

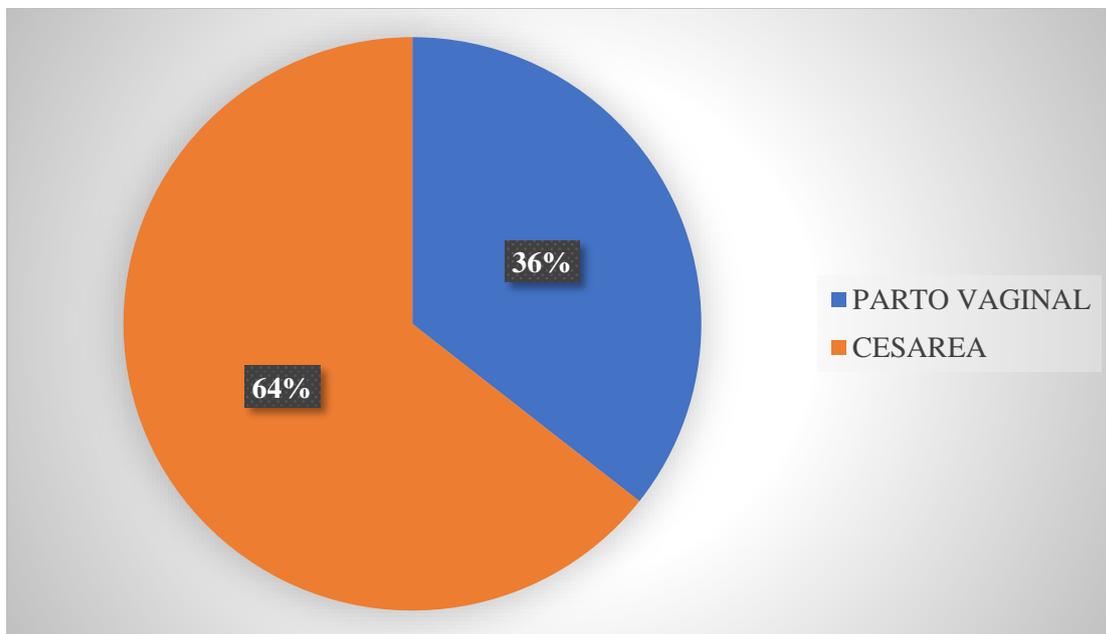
Tabla 9: Vía de culminación del embarazo posterior a la administración de misoprostol

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARTO VAGINAL	130	35,61
CESAREA	235	64,38
<i>TOTAL</i>	365	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 6: Vía de culminación del embarazo posterior a la administración de misoprostol



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 9

V.1.7 Indicaciones para terminación del embarazo mediante inducción

Al realizar la tabla y gráfica se puede observar de la muestra obtenida, la principal causa para culminar el embarazo: es la fase latente prolongada con 33 (45.20%) de las pacientes, a esto lo sigue la ruptura prematura de membranas en 17 (23.28%) de pacientes, mientras que 12 (16.43%) de las pacientes tuvo como causal el oligohidramnios con ILA mayor a 5 (leve y moderado), seguido de hipertensión gestacional con 6 (8.21%) y dentro de otros causales con 5 (6.84%) en la tabla a continuación.

Tabla 10: Indicaciones de inducción para culminar el embarazo.

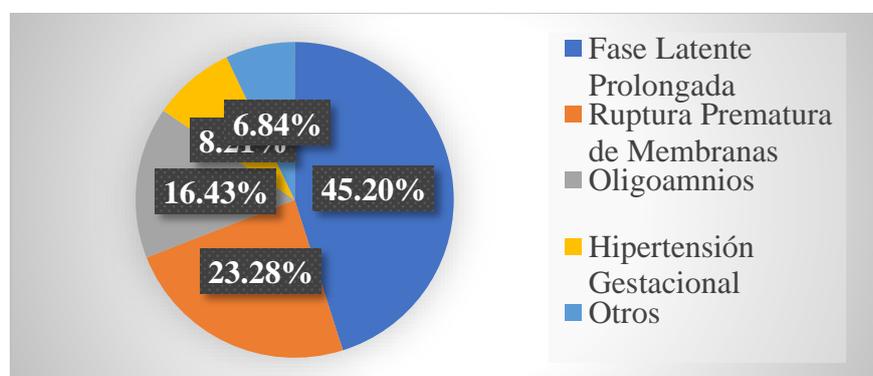
INDICACIONES PARA CULMINAR EL EMBARAZO	Pacientes	Porcentaje
FASE LATENTE PROLONGADA	33	45.20%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	17	23.28%
OLIGOHIDRAMNIOS	12	16.43%
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	6	8.21%
*OTROS	5	6.84%
TOTAL	73	100%

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Notas explicativas: * En otras se mencionó en 1 ocasión diabetes mellitus y madre añosa en 4 ocasiones.

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 7: Indicaciones de inducción para culminar el embarazo



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 10

V.1.8 Indicaciones para terminar el embarazo mediante cesárea.

En los datos observados y analizados se pudo determinar la principal causa para terminar el embarazo fue: compromiso de bienestar fetal con 58 (79.45%), seguido de una inducción fallida con 7 (9.58%), continuando con la distocia de presentación con 5 (6.84%) y por último la desproporción céfalo – pélvica con 3 (4.10%) de los pacientes.

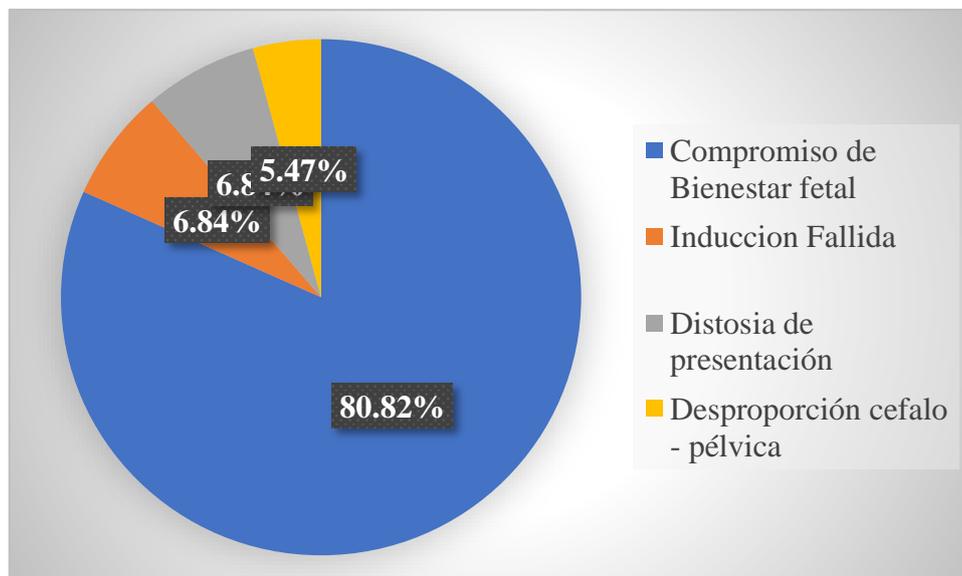
Tabla 11: Indicaciones para culminar el embarazo mediante cesárea.

INDICACIONES PARA CESAREA	Pacientes	Porcentaje
COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL	58	79.45%
INDUCCIÓN FALLIDA	7	9.58%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	5	6.84%
DESPROPORCIÓN CÉFALO - PÉLVICA	3	4.10%
TOTAL	73	100%

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 8: Indicaciones para culminar el embarazo mediante cesárea



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 11

V.1.9 Vías de administración para la inducción del trabajo de parto.

Del total 365 pacientes, se recolecta una muestra de 71 personas sin rango de edad, con Bishop desfavorable y embarazo entre las 37.1 a 40.6 semanas de gestación, se obtuvo los siguientes datos; la vía vaginal es la más empleada con 51 (69.86%) de personas que recibieron misoprostol hasta llegar a su fase activa y el 22 (30.13%) de personas se administró el fármaco, al no llevarse a cabo una buena inducción y conducción terminaron su embarazo a través del procedimiento quirúrgico “cesárea”.

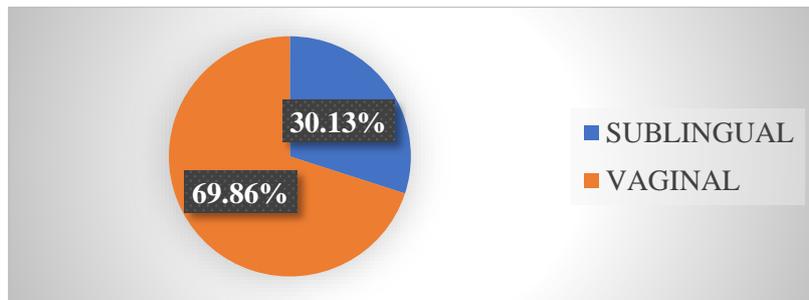
Tabla 12: Vías de administración de misoprostol en inducción del trabajo de parto en muestra obtenida

VIA	NÚMERO	PORCENTAJE
SUBLINGUAL	22	30.13%
VAGINAL	51	69.86%
<i>TOTAL</i>	73	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 9: Vías de administración de misoprostol en inducción del trabajo de parto en muestra obtenida



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 12

V.1.10 Dosis empleadas de misoprostol para la inducción del trabajo de parto

Al analizar los datos obtenidos de las historias clínicas se pudo observar que la utilización en dosis de misoprostol: 48 (65.75%) pacientes se utilizó 50ug de misoprostol cada 4 horas hasta que su Bishop haya sido favorable; mientras que en 25 (34.24%) pacientes se administró 25ug cada 4 horas hasta obtener cambios significativos y favorables del cérvix uterino, pero también tiene predisposición a complicaciones.

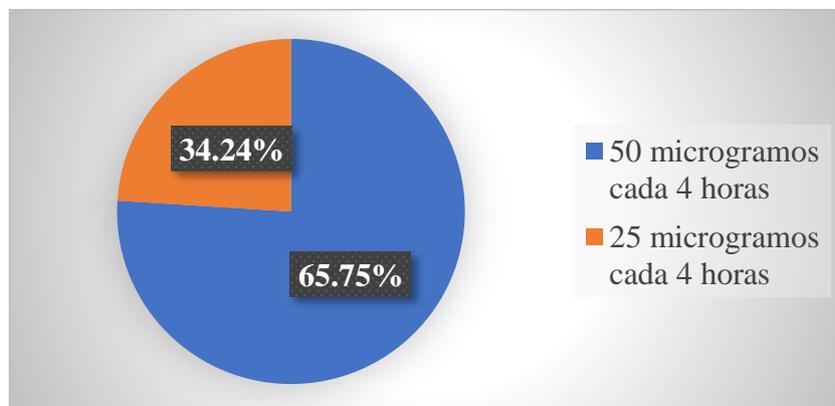
Tabla 13: Dosis empleadas de misoprostol para la inducción del trabajo de parto

Dosis de administración	Pacientes	Porcentaje
50 microgramos	48	65.75%
25 microgramos	25	34.24%
<i>Total</i>	73	100%

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 10: Dosis empleadas de misoprostol para la inducción del trabajo de parto.



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 13

V.1.11 Dosis empleadas para la inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo a término.

Al administrar 25 microgramos de misoprostol, se logró un adecuado trabajo de parto en 34 (46.57%) paciente con 1 – 2 dosis, en 3 – 4 dosis administradas tenemos a 32 (43.83%) de pacientes y de 5 - 6 dosis medicadas de misoprostol en 7 (9.58%) de pacientes.

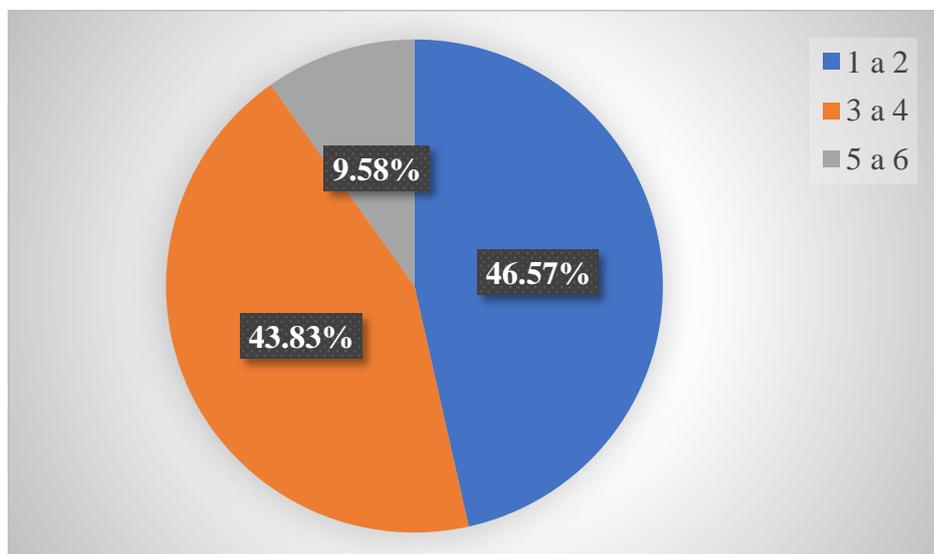
Tabla 14: Cantidad de dosis empleadas de misoprostol en pacientes con embarazo a término

Cantidad de dosis	Pacientes	Porcentaje
1 – 2	34	46.57 %
3 – 4	32	43.83 %
5 – 6	7	9.58 %
<i>Total</i>	73	100%

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 11: Cantidad de dosis empleadas de misoprostol en pacientes con embarazo a término.



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 14

V.1.12: Complicaciones maternas secundarias a la administración de misoprostol vía vaginal.

Al implementar en 51 (69.86%) pacientes misoprostol por vía vaginal se obtuvo las siguientes complicaciones: 21 (30.13%) hemorragia posparto, 21 (30.13%) presentaron lesión del canal del parto, 5 (6.84%) taquisistolia y 4 (2.73%) terminaron en cesárea por inducción fallida.

Tabla 15: Administración de misoprostol vía vaginal relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto

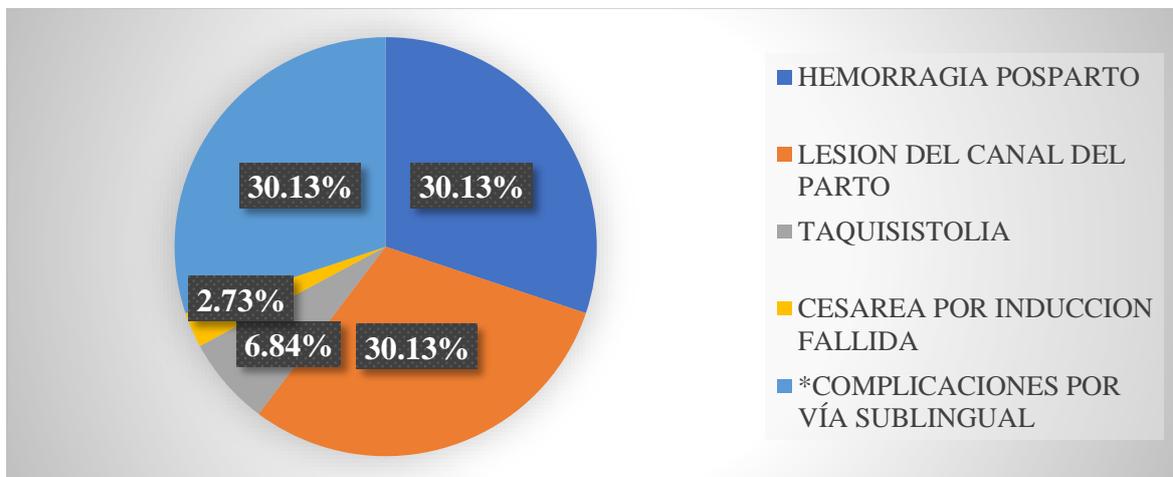
INDICADORES	NUMERO	PORCENTAJE
HEMORRAGIA POSPARTO	21	30.13%
LESION DEL CANAL DEL PARTO	21	30.13%
TAQUISISTOLIA	5	6.84%
CESAREA POR INDUCCION FALLIDA	4	2.73%
*COMPLICACIONES POR VÍA SUBLINGUAL	22	30.13%
TOTAL	73	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Notas explicativas: * El resto de las complicaciones corresponde a la administración por vía sublingual mencionados en la tabla 16.

Gráfico 12: Administración de misoprostol vía vaginal relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto.



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 15

V.1.13 Complicaciones maternas relacionadas a la Administración de misoprostol vía sublingual por inducción del trabajo de parto

En 22 (30.13%) pacientes administradas misoprostol vía sublingual se obtuvieron las siguientes complicaciones: 11 (15.06%) pacientes presentaron hemorragia posparto, 5 (6.84%) pacientes presentaron taquisistolia uterina, el 3 (4.10%) de las pacientes con cesárea por inducción fallida y dentro de otros con 3 (4.10%) desprendimiento prematuro placentario y ruptura uterina).

Tabla 16: Administración de misoprostol vía sublingual relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto

INDICADORES	NUMERO	PORCENTAJE
HEMORRAGIA POSPARTO	11	15.06%
TAQUISISTOLIA	5	6.84%
CESÁREA POR INDUCCIÓN FALLIDA	3	4.10%
* OTROS	3	4.10%
** COMPLICACIONES POR VÍA VAGINAL	51	69.86%
<i>TOTAL</i>	73	100

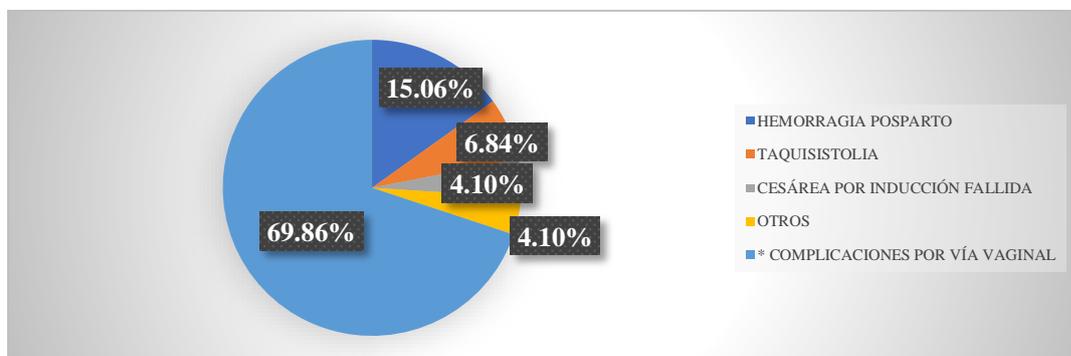
Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Notas explicativas: * En otras se mencionó en 2 ocasiones desprendimiento prematuro placentario y ruptura uterina en 1 ocasión.

** El resto de las complicaciones corresponde a la administración por vía vaginal mencionados en la tabla 15.

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 13: Administración de misoprostol vía sublingual relacionado con complicaciones maternas por inducción del trabajo de parto.



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 16

V. 1.14: Complicaciones neonatales después de parto por inducción del trabajo de parto con misoprostol

Se puede observar en la muestra recolectada, las complicaciones neonatales, con mayor rango 16 (21.91%) pacientes presentan como principal complicación compromiso de bienestar fetal, seguido de 14 (19.17%) aspiración por líquido meconial, y en 43 (58.90%) pacientes no presentan ninguna complicación.

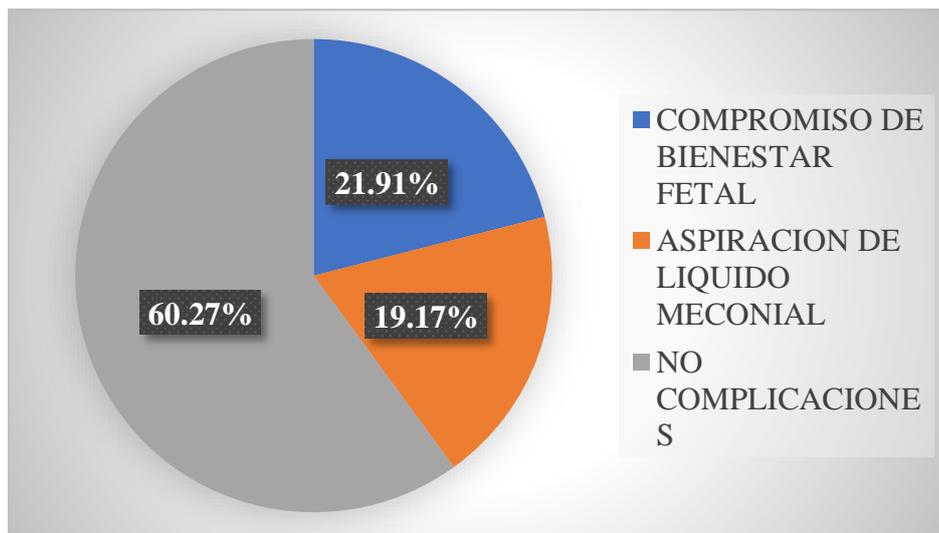
Tabla 17: *Complicaciones neonatales después de parto por inducción del trabajo de parto con misoprostol*

INDICADORES	NUMERO	PORCENTAJE
COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL	16	21.91%
ASPIRACION DE LIQUIDO MECONIAL	14	19.17%
NO COMPLICACIONES	43	58.90%
<i>TOTAL</i>	73	100

Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Historias Clínicas del HPGDR

Gráfico 14: *Complicaciones neonatales después de parto por inducción del trabajo de parto con misoprostol*



Realizado por: IRM Fabián Chaluisa e IRM. David Villalva

Fuente: Tabla 17

IV. DISCUSIÓN

El estudio se realizó en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Docente de Riobamba, toma en cuenta una población de mujeres embarazadas que han cursado las 37.1 a 40.6 semanas de gestación donde se administró misoprostol como inductor del trabajo de parto. Según la base de datos proporcionada por el mismo hospital durante el periodo mayo 2019 – marzo 2020 en el Hospital General Riobamba, que fue el rango de estudio en la presente investigación, en el área de gineco-obstetricia se dio atención a 1305 embarazos de estas 940 (72%) pacientes no se realizó la inducción del parto y 365 (28%) pacientes que fueron sometidas a inducción.

En relación al universo de la población estudiada representa un 28% del total de atenciones durante el periodo antes mencionado. Realizando un análisis a la población que se investigó esta es relativamente pequeña, sin embargo, al hablar de las complicaciones materno-fetales por el uso de misoprostol como inducción del trabajo de parto en embarazos a término, esta tiene repercusiones de un alto impacto y de gran escala a corto y largo plazo.

En cuanto al total atenciones de partos y cesáreas 1305 mujeres, de estas el 860 (66%) se dieron partos sin ninguna complicación, en 235 (18%) cesárea por fallo de inducción y en 80 (6%) por cesáreas anteriores, en 130 (10%) por partos inducidos por misoprostol. Este dato se podría comparar con el informe presentado por el Hospital Gineco - Obstétrico "Isidro Ayora" de causas de cesáreas según egresos en el año 2018 donde se dio atención a 75 cesáreas por inducción fallida y 3 pacientes por cesárea anterior de un total 2468 cesáreas. (31)

Los partos y cesáreas asociadas a la administración de misoprostol representan 235 (18%) pacientes que culminaron el embarazo en cesárea por fallo de inducción y 130 (10%) por vía vaginal. Encontrándose el mayor porcentaje de inducciones fallidas, ya sea por la no correcta administración o dosis inadecuada. Estas cifras difieren al estudio realizado en 79 pacientes del Hospital General Liborio Panchana donde registraron 54 pacientes culminaron su embarazo por vía vaginal y 25 pacientes en cesárea; de estas, el 36% fue debido a que la inducción bajo misoprostol falló. (32)

De la muestra recogida de 73 pacientes para el estudio en 8 (10 %) pacientes comprenden la edad de 15 a 19 años, en 51 (69%) entre los 20 a 35 años y > de 35 años se encontró 16 (21 %) pacientes. Entre estos tres grupos de edad, la inducción del parto es la más frecuente



porque se requiere la inducción del parto para proporcionar soluciones a ciertas complicaciones. Estos datos están relacionados con las complicaciones más comunes según la edad de la mujer embarazada. La edad reproductiva extrema suele ser más propensa a embarazos complicados. En el caso del embarazo en la adolescencia, tienen más probabilidades de sufrir presión arterial alta, anemia y bebés con bajo peso. En comparación a mayores de 35 años tienen un riesgo significativamente mayor de preeclampsia, diabetes o deformidad.

La procedencia de los pacientes que acudieron al Hospital en estudio predomina la zona urbana con 52 (71,23 %) pacientes y 21 (28,76 %) pacientes de zonas rurales; el nivel de educación para las pacientes que culminaron la primaria fue del 6 (8,21 %) pacientes, secundaria 37 (50,68 %), instrucción superior 30 (41,09 %) pacientes y con 0% en ninguna. Esto indica que la población en estudio, probablemente, se encuentren más informadas acerca de los riesgos que conlleva un embarazo a esa edad y, en consecuencia, lo tengan que evitar.

La vía de administración más utilizada es la vaginal con 51 (69,86%) pacientes y 22 (30,13 %) pacientes por la vía sublingual, no encontramos datos de administración por otras vías como oral y rectal, sin embargo, al no llevarse a cabo una buena inducción y conducción terminaban estos pacientes en cesárea, en comparación a un consenso realizado en la ciudad de México tiene como respaldo científico la utilización de misoprostol en la inducción del trabajo de parto por vía vaginal, que ha demostrado mayor seguridad con dosis de 25 a 50 ug cada 3 a 6 horas, pues al emplear dosis mayores o en intervalos menores de administración, estos se asocian con gran riesgo de taquisistolia. Además la dosis de cada fragmento de la tableta es igual a la de un bolo de medicamento, que debido a esto puede causar efectos adversos como polisistolía. (33)

La cantidad de dosis empleadas para que el efecto del misoprostol sea el deseado, tenemos en gran porcentaje de 1 a 2 dosis que equivale al 34 (46.57 %) pacientes, en comparación del número mayor dosis utilizadas del fármaco que va entre 3 – 4 dosis con 32 (43.83 %) pacientes y de 5 a 6 dosis con 7 (9.58 %) pacientes, esta última se asocia a un incremento en las complicaciones después del parto, en lo que difiere en los resultados reportados por el Doctor Wilfredo Galán en su estudio “Complicaciones materno – perinatales por el uso de misoprostol en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas en el Hospital Docente Miño Madre San Bartolomé Lima, Perú”. Comparando los periodos Enero a Junio 2005 (34)



con el primer trimestre del año 2015 donde predominó el grupo de pacientes a las que se aplicaron 1 a 2 dosis (51%) por la efectividad que esta produjo en el 2005 y de 3 a 4 dosis con gran eficacia en el 2015. (35)

Se puede considerar que al administrar el fármaco por vía vaginal en 51 pacientes se observó que la hemorragia posparto y lesión del canal del parto, compartieron mayor prevalencia con 21 (30.13 %) pacientes cada uno, taquisistolia 5 (6.84 %) pacientes y cesárea por inducción fallida 4 (2.73 %) pacientes. A diferencia del fármaco administrado por vía sublingual en 22 pacientes las complicaciones que fueron identificadas: hemorragia posparto 11 (15.06%) pacientes, taquisistolia 5 (6.84%) pacientes, cesárea por inducción fallida 3 (4.10 %) pacientes y dentro de otros, que incluyeron con el 4.10% ruptura uterina en una ocasión y en dos ocasiones desprendimiento prematuro placentario, en el estudio realizado por De la Vega y Sarantes en “Complicaciones materno – fetales asociados al uso de misoprostol para la inducción de trabajo de parto en embarazos a término, en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el I trimestre del 2015”, la complicación materna principal fue la hemorragia posparto con 16 % cuyo estudio concuerda con el realizado actualmente y difiere en relación a las otras complicaciones como lesión del canal de parto con 14%, taquisistolia con 4 % y hiperestimulación uterina con 2%. (35)

En relación a las complicaciones fetales y neonatales, con mayor rango el 21.91% 16 pacientes presentan como principal complicación compromiso de bienestar fetal, seguido de aspiración por líquido meconial con 14 (19.17 %) pacientes, y en 43 (58.90 %) de neonatos no presentaron ninguna complicación. En una investigación sobre las complicaciones neonatales por administración de misoprostol fueron el 8.9%, con una frecuencia de 7 casos que presentaron compromiso de bienestar fetal, mientras que el 91.1% con 72 casos, no presentaron ninguna complicación. (32)



CAPITULO V

V. CONCLUSIONES

- Se determinó que las principales complicaciones materno – fetales al administrar misoprostol en inducción de un embarazo a término, en pacientes atendidas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo de estudio, fueron: hemorragia posparto , lesión del canal de parto, taquisistolia y cesárea por inducción fallida, mientras que las complicaciones fetales compromiso de bienestar fetal, aspiración de líquido meconial mientras que un gran porcentaje no se presentaron complicaciones.
- Al realizar el proyecto se identificó que la gran mayoría de pacientes proceden de una zona urbana 52 (71.23 %) a diferencia de la rural 21 (29.76 %) , el nivel de escolaridad se visualiza que la mayoría de los pacientes se encuentran dentro de la instrucción secundaria 37 (50.68 %) seguida de la superior 30 (41.09 %) y en menor cantidad la primaria 6 (8.21 %), en el rango de edad de predominio al administrar misoprostol para inducción del trabajo de parto están entre los 20 a 35 años 51 (69 %) , seguido > de 35 años se encontró 16 (21 %) pacientes y el 8 (10 %) pacientes comprenden la edad de 15 a 19 años.
- Se identificó que la frecuencia de uso de misoprostol para la inducción del trabajo de parto, en total 1305 partos fueron atendidos en el Hospital General Docente de Riobamba durante el periodo mayo 2019 a marzo 2020, de los cuales 365 (27.96 %) pacientes utilizaron este fármaco y 940 (72.3 %) se llevaron cabo sin inducción.
- Se determinó que la cantidad de dosis administradas para crear condiciones cervicales favorables e inducir el parto, empleadas en la población de estudio, predominó el grupo al que se administraron de 1 a 2 dosis con 34 (46.57 %) seguido de 3 a 4 dosis con el 32 (43.83 %), que culminaron su embarazo sin mayores complicaciones, mientras que, al administrar 5 a 6 dosis 7 (9.58 %) presentaron mayor riesgo de complicaciones.



- De los 365 pacientes administrados misoprostol para inducción del trabajo de parto que acudieron al Hospital Provincial Docente Riobamba 235 pacientes (64,38%) terminaron en cesárea, por un fallo de la inducción del trabajo de parto, mientras que 130 pacientes (35.61%) culminaron su embarazo por vía vaginal.



CAPITULO VI

VI. RECOMENDACIONES

1. Proporcionar capacitaciones al equipo de salud para un correcto uso de protocolos, guías y normativas del Ministerio de Salud Pública para el mejor manejo de una inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo a término.
2. Aplicar las recomendaciones de guías internacionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y especialmente la que rige en nuestro país las Guías del Ministerio de Salud Pública (MSP) para la inducción del parto y además como terapéutica cuando tenga mayores beneficios.
3. Dar información a las pacientes sobre las posibles complicaciones que puedan llevarse a cabo, al utilizar misoprostol,
4. Conocer el sitio adecuado (fondo de saco vaginal) para la administración de misoprostol vía vaginal con 25 microgramos, hasta producir el inicio del trabajo de parto, debido a que en el organismo mediante esta vía tiene mejor biodisponibilidad y es más efectiva en menor tiempo.
5. Realizar un correcto interrogatorio hacia la paciente o a su vez realizar un seguimiento exhaustivo en el centro de salud donde la embarazada acudía periódicamente a realizarse los controles prenatales, para poder obtener datos más exactos sobre la edad gestacional de la paciente y factores de riesgo involucrados durante su embarazo, se hace referencia esto, para evitar inducciones de parto pretérmino.



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aragón Hernandez J, Ávila Vergara M, Beltrán Montoya J, Calderón Cisneros E. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. México D.F.; 2017.
2. Rizzi R. Consejo sobre la inducción del trabajo del parto. In XLII Reunion Nacional FASGO 2010; 2010; Buenos Aires-Argentina.
3. Souza J, Gulmezoglu A, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. Lancet. 2013;; p. p. 1747-1755.
4. Arévalo J, Crispin P, Quispe j, Pinto G, Bravo E. Misoprostol como inductor del parto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2005;; p. p. 212-218.
5. Vivas K, Yanchapanta R. Uso del misoprostol para inducto - coduccion para el trabajo del parto. Ambato;; 2013.
6. FDA, U.S. U.S. Food And Drug Administration. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre. Available from: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf.
7. Aragón J, Ávila M, Beltrán J, Calderón E, Caldiño F, Castilla A, et al. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecologia Obstetrica de Mexico. 2017 mayo;; p. p. 314-324.
8. Gülmezoglu AM, Crowther CA. Organización mundial de la salud. [Online]. Ginebra: Who/Oms; 2015. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/induction-labour-8>.
9. Alfrevic Z, Aflaifel N, A.Weeks. Organizacion mundial de la salud. [Online].; 2016. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/induction-labour/oral-misoprostol-induction-labour>.
10. Micolta KV, Galora RY. Universidad Central del Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2020 Agosto 3. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4434/1/T-UCE-0006-88.pdf>.



11. Rocha AV. <http://riul.unanleon.edu.ni/>. [Online].; 2019 [cited 2020 Agosto 3. Available from: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7049/1/241338.pdf>.
12. Zumba J. Complicaciones de la Inducto-conducción con oxitocina y misoprostol en usuarias con embarazo a término en la clínica Municipal “Julia Esther González Delgado”. Tesis doctoral. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
13. Zambrano F. Reporte de caso y revisión de la literatura: hiperpirexia como efecto secundario posterior a la administración de misoprostol por vía sublingual en el manejo de la hemorragia posparto. Revista Colombiana de Anestesiología. 2013.
14. America Society of Health-System Pharmacists. America Hospital Formulary Service. Formulary. Estados Unidos;; 2013.
15. FASGO. Inducción al trabajo de parto. Argentina: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia , Actualización del Consenso de Obstetricia; 2019.
16. PubMed. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline. ; 2017.
17. UK:NHS Wales, University Health Board. Induction of labour | Better Safer Care: Guideline for the management of oligohidramnios. ; 2015.
18. Coates D, Homer C. Induction of Labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines. Women and Birth. 2019.
19. (ACOG) CAoYG. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Atención durante el trabajo de parto, parto y posparto. Inducción de trabajo de parto. ; 2012.
20. McMaster K, Sanchez L, Kaunitz A. Balancing the efficacy and safety of misoprostol: a meta-analysis comparing 25 versus 50 micrograms of intravaginal misoprostol for the induction of labour. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2015.
21. Alfievic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database. 2014.
22. Barcelona BHUC. Centro de Medicina Fetal y Neonatal Barcelona. [Online].; 2019 [cited 2020 08 13. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>.
23. Canaval H, Ortiz E. Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. FLASOG. 2013.



24. Saccone G, Berghella V. Induction of labor at full term in uncomplicated singleton gestations: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2015.
25. Kate F, Walker E. Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. The New England Journal of Medicine. 2016.
26. Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica -ANMA. Misoprostol. Argentina.; 2015.
27. Ávila M, Aragón J, Beltrán J. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Consenso de Ginecología y Obstetricia de Mexico. 2017.
28. Castro G. Inducción de labor de parto como factor asociado a ictericia neonatal en el Hospital Belén de Trujillo. Tesis doctoral. Perú: Universidad Privada Anterior Orrego; 2019.
29. Carbone L SGMGDVGLMZFBV. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. 2019. Journal of Obstetric Gynecology. 2019.
30. Zare de la Cruz J. Inducción de labor de parto como factor de riesgo para hemorragia postparto por atonía uterina Hospital Belén de Trujillo. Tesis doctoral. Perú: Universidad Privada Anterior Orrego; 2017.
31. HOSPITAL GINECO - OBSTETRICO "ISIDRO AYORA". Cesareas segun egresos. Quito.; MSP; 2018.
32. Zea A. Uso de misoprostol para la maduración cervical y la inducción del trabajo del parto. Tesis Doctoral. Santa Elena: Hospital General DR. Liborio Panchana Sotomayor, Departamento de Medicina; 2017.
33. Aragon J, Ávila M, Beltrán J. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto. In propuesta de consenso. GinecolObstet; 2017; D.F. México. p. 320 - 321.
34. Galan W. unmsm.edu.pe. [Online].; 2005 [cited 2020 Septiembre 3. Available from: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2073/Galan_fw.pdf?sequence=1#:~:text=Las%20complicaciones%20maternas%20por%20el,prematuro%20de%20placenta%20\(1.1%25\).](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2073/Galan_fw.pdf?sequence=1#:~:text=Las%20complicaciones%20maternas%20por%20el,prematuro%20de%20placenta%20(1.1%25).)
35. Vega ADI, Sarantes M. repositorio.unan.edu.ni. [Online].; 2016 [cited 2020 Septiembre 3. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1453/1/1763.pdf>.



VIII. ANEXOS

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

INTEGRANTES:

- Fabián Esteban Chaluisa Chaluisa
- David Alejandro Villalva Barreno

DATOS DE CESAREAS Y PARTOS DE ABRIL A DICIEMBRE DEL 2019

CESAREA POR CONDUCCION FALLIDA (2)

HC	CI	NOMBRES			
129583	0605580091	MARGARITA	ELIZABETH	GUAMAN	GUACHO
289003	0605205400	JESENIA	PAMELA	OCHOG	BUÑAY

CESAREA POR LABOR DE PARTO PROLONGADO (5)

HC	CI	NOMBRES			
287449	0605122506	JOSELYN	ELIZABETH	BALSECA	RAMOS
193563	0604267666	ESTEFANIA	GABRIELA	LEMA	VALLEJO
286721	0602793168	NORMA	ELIZABETH	SOLIS	GUANGA
227825	0604069237	EMILY	GISEL	MEJIA	LEMA
181825	0604125286	JADIRA	FERNANDA	MUYULEMA	CHAUCA

CESAREA POR EXPULSIVO PROLONGADO (2)

HC	CI	NOMBRES			
285881	0603409772	RITA	ROCIO	ADRIANO	SINCHE
182004	0603792755	JESSICA	ADRIANA	UGSIÑA	VELATA

CESAREA POR INDUCCION FALLIDA (3)

HC	CI	NOMBRES			
285443	0604609685	ELSA	LUCIA	MOROCHO	BUÑAY
173805	0605787274	ANDREA	CAROLINA	BUSTILLOS	SINCHE
286918	0604353151	ANA	CRISTINA	QUIROZ	JARA

PARTO CON RUPTUR A PREMATURA DE MENBRANAS

HC	CI	NOMBRES			
285154	0954248126	JENNIFER	ELIZABETH	GUAMAN	CELA
287191	0604572644	ESTEFANY	MARISOL	CHAFLA	ASQUI
88573	0926140633	NARCISA	MARIBEL	RUALES	CHANALATA



288762	0606076651	SANDRA	VERONICA	PINDUISACA	PINTA
229948	0604988543	ANDREA	TATIANA	VIZUETE	CONDO
239901	0604140616	MARIA	ANGELA	ILBAY	GUZMAN
289627	1724830995	EDA	YOMAYRA	MUÑOZ	GUAPI

CESAREA POR COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL (161)

HC	CI	NOMBRES			
261016	0650215262	NANCY	PATRICIA	BUÑAY	CHIMBOLEMA
				LEMACH	
35061	0605200070	ENITH	VIVIANA	E	PEREZ
65031	0604142885	NANCY	VERONICA	NANCY	VERONICA
285245	0929782241	ANGELICA	MARIA	QUISHPE	QUINALOA
285317	0604686485	ORFA	MARCELA	CAIZA	LEMA
				DAQUILE	
251595	0605262427	LIZBETH	VALERIA	MA	CULLISPUMA
285590	0605828136	MARIA	SUSANA	ROLDAN	ROLDAN
125687	0604067066	YAJAIRA	DAYANARA	ORTEGA	COBOS
285648	0605709609	JENNY	ABIGAIL	CALI	GUARACA
		MERCEDE		SHAGÑA	
285676	0604395103	S	BELEN	Y	GUAMAN
285616	0605335249	AIDA	MARIBEL	OCHOG	OCHOG
285759	0650112675	JENNY	EDITH	ESCOBAR	GUARANGA
285659	0604434803	SANDRA	ELIZABETH	GUALLPA	LLANGARI
285787	0962569075	KARELYS	JOSE	QUIARA	GARCIA
285387	2101096218	RUTH	ELVIRA	CELORIO	TORRES
285794	0605364785	JENNIFER	KARINA	REYES	GAVILANEZ
				SAMANIE	
285842	0603561234	ROSA	MARIA	GO	MERINO
285908	0604468082	MARIA	JANNETH	GAVIN	MORALES
101305	0604500891	MARIA	LOURDES	CUENCA	BUÑAY
285878	1500829559	MELVI	VALERIA	SALAZAR	HARO
285865	0603568232	FLOR	XIMENA	LEON	CAIN



285822				SAQUISIL	
	0605585827	MARIA	HORTENCIA	I	MENDOZA
157379	0604751594	IRMA	JUDITH	SOLIS	PEREZ
		KATHERIN			
285884	0605093674	E	DANIELA	CABRERA	CARRILLO
285841	0605532910	SINDY	NATHALY	TIAMA	AGUALSACA
285928	0602849648	MARIA	JUANA	LLIVI	PILAMUNGA
187108	0604409631	ERIKA	ESTEFANIA	GOMEZ	RIVERA
261956	0604366104	KATHY	MARIELA	INGA	TELENCHANO
286039	0605549070	DELIA	MARCIA	CUÑAS	YUMISEBA
2866105	0605695642	ELVIA	ROCIO	HUERTA	YUPA
71702	0604223388	LUZ	MARIA	CHOTO	TENE
286206	0151133303	VANESSA	SOFIA	URGILES	CEDEÑO
127800	0604054502	SUSANA	LIZBETH	RUIZ	AYALA
				SAMANIE	
286325	0604904953	EVELYN	MARGOTH	GO	SAIGUA
286187	0605504257	ANA	ISABEL	SHIGLA	YAUTIVU
286332	0603825290	MARIA	CLEMENCIA	FAREZ	AYOL
286226	0604949909	MARIA	DOLORES	PALA	TENEZACA
				MARCAL	
286453	1752579415	CLAUDIA	NICOLE	LA	PICUASI
				RODRIGU	
41133	0605619568	PATRICIA	BRIGITH	EZ	PROAÑO
			DEL		
156530	1750510065	MARIA	ROSARIO	VEGA	VARGAS
219827	0604119354	CINTYA	BEATRIZ	SALAZAR	CALLE
233827	0604454900	MARIA	REBECA	NAULA	PACA
182639	0604349464	ROSA	MARIA	SOCAG	AUCANCELA
			ALEXANDR		
286552	0604377580	PATRICIA	A	SAULA	AGUALSACA
241633	0605086495	MARIA	TOMASA	GUAMAN	CARANQUI
253428	0605394063	JHOANNA	MARIBEL	COLCHA	COLCHA



130242				CARRILL	
	0605735760	MARICELA	FERNANDA	O	QUITIO
254800	0605096270	DAYANA	ELIZABETH	BUENAÑ	ASES
286940	0605523612	ANA	CECILIA	MAZA	MALAN
286880	0603468422	MARTHA	MARIA	GUAMAN	PUCUNA
286989	0604956656	MARIA	ZOILA	PILAMUN	LARA
92458	0604285403	PATRICIA	XIMENA	GA	ALVARADO
				VILLACIS	
287106	0603311630	LUZ	MARIA	CHIMBOL	VENDOVAL
247959	0604619361	SARA	ISABEL	EMA	
287110	0603591520	MARIA	ESTHELA	PULLAY	YASACA
				CANDO	MOROCHO
287094	0605871359	EVELYN	ABIGAIL	BANSHU	GUASHPA
				Y	
167018	0604224295	GISELA	NATALY		
287178	1850491331	LILIANA	ELIZABETH	GANAN	RENDIN
286635	0605487396	CLARA	INES	CULQUI	ALDAZ
				CUSHPA	QUISHPI
286960	0604735910	LORENA	PAOLA		CARGUACUND
				HIDALGO	O
274488	0606043255	GREIS	NAYELI	AREVAL	
286707	28559880	MARIA	ANTONIETA	O	MARTINEZ
287007	1727433748	MARILYN	JOSETH	OJEDA	VILLARREAL
				CAIZA	GUANOTASIG
287319	0606184216	MARCIA	YOLANDA	AGUAGA	
287401	0605003854	ADRIANA	PATRICIA	LLO	CAYAMBE
287316	0604297762	CECILIA	MARCELA	TAPIA	PAREZ
07462	0605474626	RUTH	LORENA	YEPEZ	CHAPALBAY
175964	0605542158	MARIA	ALEXANDR	SATIAN	CHAFLA
			A	PILAMUN	
25816	0604746040	VIVIANA	ESTEFANIA	GA	VALLA
				MARTINE	
				Z	IGUASNIA



287540	0605144294	VERONICA	ALEXANDR A	SHAGÑA Y	YUNGAN
163818	0604607044	ELSA	MARIBEL	GUALLI	VARGAS
123739	1204773368	GLADYS	AMPARITO	LLAMUC A	MOYON
176907	0604972315	MARTHA	ALEXANDR A	SAMANIE GO	VALLEJO
97595	0604285742	MARIA	ELISA	GODOY	CAGUANA
75734	0604849638	ANAIS DEL	PILAR	REA	PAGUAY
276751	0957620883	DAYANNA	JANELY	JIMENEZ	MERO
287864	0604170340	CLARA	JUDITH	GUAYAN LEMA	NACHIMBA
287795	0960772911	JENIFFER	MICHELLE	ANCHUN DIA	BASTARDO
242646	0603688961	JUANA	SN	TADAY	AGUALSACA
76409	0605518067	AIDA	MARLENE	MULLO	CHIMBOLEMA
288076	0606025153	MAYRA	ALEXANDR A	YUCAILL A	ANILEMA
235935	0604687087	CENAIDA	SUSANA	COELLO	PANATA
288087	0302316062	ZOILA	OLIVA	CAGUAN A	CELA
42614	0604237891	KERLY	DAYANNA	LLERENA	MANZANO
244168	0605391101	MAYRA	JESENIA	POMAGU ALLI	TENELEMA
288092	0605340090	MAYRA	GERMANIA	ACAN	USHCA
288207	0202290169	GRECIA	ALEXANDR A	ARGUELL O	AGUAY
288241	0606039501	JUANA	ISABEL	YUICELA	VACACELA
78098	0603671348	MARCIA	ELIZABETH	YUCTA	INGUILLAY
83707	0605817212	MELANI	SALOME	HOLGUIN	LOOR
288254	0604966259	DIGNA	ISABEL	MOROCH O	PINDUISACA



288311	0605584085	MAYRA	CECILIA	AGUALS ACA	LEMA
288367	1068807726	ANDREA	PAOLA	NARVAE Z	HERRERA
251358	0604933671	EVELYN	NICOLE	PILAMUN GA	PUCHA
231528	0604735944	TATIANA	MARIBEL	HIDALGO	JACOME
288392	1713976809	MARIA	EDILMA	QUINATO A	QUINATO A
288406	0605630433	YOLANDA	MARGARIT A	MORALE S	YUQUILEMA
72532	0604275016	SUSY	ALONDRA	SALAZAR	LOZADA
46043	0919305789	ANA	ALEXANDR A	BUÑAY	SANTANDER
118500	0604906412	ANA	BEATRIZ	SUQUILA NDI	TARCO
288525	0605856038	JHENNY	MARIELA	ÑAMO	HEREDIA
34648	0604523282	MARIA	ANGELES	CHAVEZ	CARVAJAL
143472	0605965615	KATERIN	ANABEL	NINABAN DA	ORTIZ
288536	0605689983	ROSA	MARIA	MALAN	GAHUI
288603	0603203068	MARIA	JESUS	GUISHCA	DAQUILEMA
27469	0603451170	MARLIN	BEATRIZ	GUASHPA	QUISHPI
287845	0602933475	CARMEN	LUZ	CARGUA CUNDO	JIMENEZ
210001	0605402221	LISSETH	JIMENA	CUNALA TA	PALATE
288637	0604433458	SOFIA	ALEJANDRA	TENEMA ZA	MISQUE
175393	0605150127	JHOANNA	MARISOL	SINALUIS A	URQUIZO
60214	0603714031	ROSA	ELENA	BRAVO	PALAUQUIBAY
161966	0605211770	SONIA	ELIZABETH	PILATAXI	GUAMAN



192428	0604332841	NORMA	ELISA	QUISHPE	GUAMAN
52384	0604895474	ESMERAL DA	ANAHI	CORAL	PINOS
198402	0650005986	ROSITA	MARIBEL	VILLACR ES	VILLACRES
119465	0603804105	CATHERIN E	HORTENSIA	MARTINE Z	AVALOS
288681	0605055045	MARIA	DE LOS ANGELES	GARCES	GUARACA
69043	0605454644	KATHERIN	MISHELL	VIMOS	MORALES
288686	0605315845	SILVANA	YAJAIRA	VIZUETE	CONDO
288731	0605032754	KIMBERLY	JUSMERY	LOPEZ	GARCES
288694	1719182832	MARIA	RAFAELA	CAMAS	TENECELA
234610	0605103480	MIRIAN	ESTEFANY	REINO	LOPEZ
262526	0605690304	DAYANA	BELEN	QUINATO A	SARMIENTO
288914	0603516501	LOURDES	CECILIA	CENTENO	SATAN
201064	0604050690	LEONELA	MARIBEL	GUAÑA	MOROCHO
285892	1723076061	JESSICA	VERONICA	GAIBOR	BUENAÑO
288932	0919393645	KAREN	STEFANIA	CARVAJA L	ECHEVERRIA
288500	0605183938	MARTHA	ELIZABETH	NINABAN DA	TENEMAZA
289027	0650244312	ELVIA	RESURECCI ON	TENEMA ZA	TENEMAZA
289047	0605164490	OLGA	MARIA	REMACH E	YUCAILLA
288381	0604624593	MONICA	ELIZABETH	AREVAL O	CASTILLO
288955	0604460162	ANA	MARGARIT A	MOYANO	PARREÑO



289082	0302935192	DANIELA	ALEXANDR A	MURUZU MBAY	GUAMAN
289132	0604454355	MARIA	EVANGELIN A	MONTER O	OLEAS
229856	0603575291	DIANA	ELIZABETH	BARRION UEVO	OJEDA
289179	0604670752	MARIA	BALTAZAR A	MENDOZ A	TAPAY
162425	0604556035	KATTY	JOHANNA	LOYOLA	CEPEDA
216743	0605795574	JOSELYN	ADRIANA	GARCIA	TACURI
78976	0605556828	DILMA	LILIANA	VALDIVI EZO	COELLO
223846	0605028232	CARMEN	UBALDINA	CUZCO	LLUAY
289360	1002743870	MILLERLA YD	SN	CANO	CASTAÑO
285459	0928955137	MARIA	JOSE	CAZCO	GAVILANEZ
274151	0605813351	MARIA	VERONICA	MURILLO	HERNANDEZ
269076	0604348797	GREGORIA	SN	YUNGAN	INCA
141822	0605699792	TANNIA	GARDENIA	MUYULE MA	YANEZ
289544	0603794611	JULIA	FERNANDA	SANGOL QUIZA	AMANCHA
289588	1316303534	LYLIANA	MONSERRA TE	MACIAS	BOWEN
267470	1722881461	MARYORI	FERNANDA	SALGUER O	URQUIZO
212553	GLHOCL0 6199404089	GLADYS	HUMBELIN A	OCHOG	LLUGUAY
289704	0603762444	MARIA	DE LOURDES	QUINLLI	YUQUILEMA
172765	0605177955	TANIA	GISEL	PADILLA	RAMIREZ
65946	0605035864	EMILY	KATHERIN	SILVA	GUEVARA



186609	0929453298	KATHERIN E	VANESSAA	SALTOS	FLORES
289243	0605084490	MAYRA	LIZETH	CEPEDA	YAUTIBUG
61854	0650421555	JOSSELIN	CAROLINA	CHIMBOR AZO	NARANJO
289829	0605419530	PATRICIA	KATHERINE	GUAMAN	RIOFRIO
289837	0606240463	VIVIANA	DORMILA	CHUQUI	LARA
192630	1805118542	CELY	ROCIO	CHUGCHI LAN	AZOGUE
95777	0605045921	LISBETH	JULEY	MOROCH O	SILVA
248332	0605615244	JOHANA	ISABEL	GUIJARR O	ORTIZ
289894	30735050	YOSELIN	DEL CARMEN	RAMIREZ	RANGEL

PARTO NORMAL COMPLICADO (82)

HC	CI	NOMBRES			
133900	0605097245	BLANCA	PIEDAD	VELATA	TADAY
285124	0606063428	JOSELYN	MAURA	MOROCHO	MUÑOZ
285289	0605391887	MIRIAM	LUZMILA	PILATAXI	PALTAN
285263	0605926427	MELANIE	MISHELL	CASCO	LUCERO
226298	0604687368	MICHELE	ESTEFANIA	JARAMILLO	SANTILLAN
285399	0604666867	NARCISA	PAOLA	BARRERA	LLIVICOTA
127318	0605146992	MARIA	BELEN	CHAVEZ	OCAÑA
16864	0604548941	NORMA	EMPERATRIZ	LOPEZ	LOPEZ
149184	0604331983	XIMENA	ALEXANDRA	YUNGAN	YUPA
285728	0605916857	TANIA	MISHELL	MALAN	CURICAMA
102436	0604825844	SILVIA	PATRICIA	LEON	DUTAN
285423	0604250274	TATIANA	LIZBETH	DONOSO	CAGUANA
248019	0606229243	ERIKA	LISETH	ORTIZ	CHOCA
286098	0604973206	MAYRA	ELIZABETH	QUITO	CHICAIZA



253440	0604656561	AMANDA	MARISOL	MENDEZ	LOPEZ
184478	0602875775	MARIA	LEONOR	PAREDES	ATUPAÑA
103635	0605261767	ROSA	ELENA	ILLAPA	CHUTO
195897	0605717461	MERCED ES	ELENA	SACANCELA	MELENDRES
286037	0606227254	MARTHA	MARIA	MOYOLEMA	DAQUILEMA
286363	0605793231	JULISA	INES	MOROCHO	QUISHPI
147808	0604533992	EVELYN	VANESSA	OYOLA	SANDOVAL
248863	0605533637	RUTH	ELIZABETH	TAIMAL	COLCHA
286743	0604101584	LILIANA	XIMENA	VALDIVIEZO	PILCO
286757	0604705228	GABRIEL A	CAROLINA	MONTOYA	GAIBOR
55627	0605449313	EVELYN	ESTEFANIA	LOPEZ	LOPEZ
286938	0603868118	MARIELA	ALEXANDRA	AGUILAR	ALBAN
286947	0605050111	ANGELIC A	MARIA	AUQUILLA	CAYAMBE
264053	0604840009	BERTHA	GEORGINA	SALAU	LALON
286895	0605104538	ANA	CONSUELO	REINO	GUSÑAY
286953	0603705021	MONICA	ELIZABETH	MAZA	GUADALUPE
32610	0603620386	LILIANA	PAULINA	PARREÑO	SILVA
138814	0605768951	JENNY	NOEMI	TENEMAZA	VANEGAS
286986	0603756990	KATY	GABRIELA	GUASHPA	ORTIZ
248433	0927066035	ROSA	AURORA	SATIAN	QUISHPE
207803	0603986662	MARTHA	JULIA	LATA	PACHECO
209930	0604879908	BRITANY	MISHELL	CHACHA	PALTAN
287225	0604210013	NANCY	VERONICA	CHAVEZ	SHAGÑAY
146285	0604788323	AMANDA	VANESSA	CARCHI	CARCHI
286407	0604883066	DAMAR	SALOME	MACAS	GUADALUPE
284364	0605025022	NICOLE	STEFANIA	FLORES	PUSAY
287260	0603432832	LUZ	HILDA	SOLDADO	CHACHA
287270	0605497072	JENNY	MARITZA	VALDIVIEZO	GUAMAN
28797	0603150228	MARTHA	CECILIA	CENTENO	PEÑA
221434	0605332089	MAGDA	MARISOL	FLORES	SHAMBI



287436	0604695460	MERCY	VALERIA	PIÑA	GUILCAPI
109501	0605363977	LIZBETH	TATIANA	BUÑAY	INGA
227719	2200565337	MADRIA NA	MELISSA	ALOMOTO	AGUDELO
287619	0605129030	KATHERI NE	ELIZABETH	PINDUISACA	YUMISACA
287826	0604886051	JHOSEL YN	VIVIANA	LEON	TAMAY
287892	0605106129	MISHELL	NATALY	DELGADO	LOPEZ
266991	1003643358	SUSANA	SN	YAMBERLA	ARELLANO
288040	0603853466	MARIA	ISABEL	SAGÑAY	QUISHPE
161665	0604671503	JHOANNA	VICTORIA	SANCHEZ	CUADRADO
102005	0606093441	VIVIANA	CAROLINA	CASTELO	CARRILLO
288255	0603885088	NANCY	JIMENA	QUISHPI	MOROCHO
161676	0604815951	KARINA	TATIANA	SULQUI	CONDE
201161	0605541499	KERLY	XIMENA	AROCA	CASTILLO
288365	0604136903	PATRICIA	ALEXANDRA	NAULA	COLCHA
247565	0605350768	MARIBEL	ALEJANDRA	LEMACHE	PEREZ
288538	0604468637	ROSA	ISABEL	USCA	CHACHA
200520	0605065960	RUTH	ELIZABETH	LOPEZ	PINDUISACA
288780	0605840230	CAROLIN A	VIVIANA	VERA	CANDE
287674	1105155327	SAIRA	MERCEDES	SOZORANGA	GUAILLAS
47554	0605967405	WENDY	MISHELL	SAEZ	GUAMBO
249591	0604152165	ROSA	ALEJANDRA	CABRERA	AREVALO
288936	0650179385	GABRIEL A	ROSALIA	REINO	QUIGUIRI
289012	0603338656	JENIFER	GALINDA	CASTILLO	MORA
78072	0650037286	MISHELL	ALEJANDRA	MORALES	LLANGARI
164222	0603676271	LUZ	MARIA	SAÑAICELA	BONILLA
55299	0605318237	KELVIN	LIZETH	SANGOLQUIZ A	TOLEDO
113531	0104840731	MIRIAM	PATRICIA	OCHOG	PAGALO



07501	0603442443	GLORIA	ELENA	CASTILLO	LEMA
245547	0603667536	ANA	MARIA	SANCHEZ	MORALES
254369	0604446989	LOURDES	VERONICA	MINTA	BEJARANO
287775	0604995944	LILIAN	JOHANA	SARMIENTO	SANTILLAN
224803	0603686833	RUTH	MARIBEL	CHOTO	MOROCHO
204126	0605028816	DIANA	XIMENA	AVILES	SAMANIEGO
289739	0605456797	KATHERI NE	EULALIA	CARRANCO	MATIAG
128825	0604572578	FLOR	MARIA	CUENCA	ÑAMIÑA
210259	0605103647	VERONIC A	PAMELA	YAUTIBUG	CASTILLO
153422	0603977844	KARINA	JOHANNA	RAMON	TINGO
97359	0604488049	CARMEN	ALICIA	PAGALO	TAYUPANDA



**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

INTEGRANTES:

- Fabián Esteban Chaluisa Chaluisa
- David Alejandro Villalva Barreno

DATOS DE CESAREAS Y PARTOS DE ENERO A MARZO 2020

CESAREA POR CONDUCCION FALLIDA (1)

HC	CI	NOMBRES	
222673	0604906248	MARIA	ROSA

CESAREA POR EXPULSIVO PROLONGADO (1)

HC	CI	NOMBRES	
291287	0604443218	VANESSA	CATHERINE

CESAREA POR INDUCCION FALLIDA (1)

HC	CI	NOMBRES	
291067	0605071455	ANA	LUCIA

PARTO CON RUPTUR A PREMATURA DE MENBRANAS (9)

HC	CI	NOMBRES	
258588	1105899478	MARIA	FERNANDA
227171	0603513920	MARIA	LAURA
289802	1726335746	KELLY	ESTEFANIA
290989	0606182681	CATHERINE	ROXANA
291122	0606058576	MARIA	TERESA
230085	0603819905	OLGA	PAULINA
291281	0202138715	SILVIA	IVANESSA



289687	ANGSOS99199406279	ANA	GABRIELA
232110	0604027144	SANDRA	KARINA

CESAREA POR COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL (59)

HC	CI	NOMBRES	
290003	0604091538	ANA	LUCIA
76013	0106010424	NINFA	ESTEFANIA
251998	0604636233	MIRIAM	NARCISA
263169	1803769320	GLORIA	NARCIZA
08265	0603402140	MARIA	DEL CARMEN
289890	0604766618	ANA	LUCIA
192204	0605409150	BERTHA	BEATRIZ
163320	0604943464	MAYRA	ALEXANDRA
90386	1717002461	MARIA	YOLANDA
290353	0605535947	KARINA	ELIZABETH
290398	0604505099	MARIA	LUCINDA
290438	0603264730	AMPARO	DEL ROCIO
285003	0604034942	PAULINA	LUCRECIA
290508	0604762112	MARIANA	ALEXANDRA
138489	0606019024	KATHERINE	ARACELY
287550	0605026871	MARIUXI	THALIA
217093	0606311165	MIRIAM	NARCISA
69824	0650166465	JHOSELYN	ESTEFANIA
290564	0605270214	NANCY	BEATRIZ
290650	0605877059	ERIKA	GUISELA
246105	0603932336	LILIAN	PILAR
259892	0604108761	VANESSA	ANGELICA
166151	0604296558	MARIA	VERONICA



276065	0604808642	GLADYS	VERONICA
287722	0650286644	YESSENIA	NATIVIDAD
290743	0604753905	LISETH	ALEXANDRA
290676	1501142804	SHIRLEY	ESTEFANY
290803	0604453324	VILMA	SUSANA
290240	0605060847	NATALY	SILVANA
290857	0606135846	MARIA	ROSA
287620	0605562180	MARIA	VERONICA
290883	0605033539	JENIFER	ELIZABETH
199863	0603964933	BETSY	KATHERINE
290937	0606394922	MARIA	JESUS
19663	0605741263	MARIA	ELENA
290965	0605739317	KERLY	IZAMAR
207705	0605037753	GRISELDA	ALEXANDRA
264726	0604670646	SANDRA	VALERIA
291006	0604087791	JESSICA	CECILIA
291023	0605516251	JESSICA	MARISOL
291064	0604629329	CLARA	REBECA
253816	0605322478	JOSELYN	DAYANA
291025	0606245447	DAYANA	CRISTINA
287917	0605541028	FLOR	LISBETH
168258	0604431049	EVELYN	YADIRA
259666	0604362640	MARIA	ROSARIO
126880	0604520643	LIVIA	MARIANA
125012	0605222728	YESICA	FERNANDA
64991	0605385996	ANDREA	ANABEL
291227	0605304955	MARIA	INES
224039	0605508746	EVELYN	ROCIO
71953	0603467754	ANA	LUCIA
240958	0604445890	MELISSA	NATIVIDAD
266750	1758167389	LYZ	JOANNA
291381	0604442921	NANCY	BEATRIZ
291382	0605151455	MARIA	DE LOS ANGELES
291347	0605098292	ANA	BLANCA
291384	0604567875	FABIOLA	AMPARITO
291304	1600465502	MARIA	FERNANDA

PARTO ESPONTANEO COMPLICADO (32)

HC	CI	NOMBRES	
290531	605904093	ERIKA	YADIRA
172327	605034255	SARA	MARINA
228323	2300370166	MARIA	JOSE
15921	605031996	DAINA	MADELAY



186556	605357839	NANCY	TERESA
290884	201860418	KARINA	ROSMERY
244868	650076169	ENMA	GEOCONDA
291020	603545807	MARIA	ELENA
228465	605193887	ROSA	VALERIA
291069	605910728	ANA	LUCIA
291116	604927483	BLANCA	AZUCENA
291172	LEYMEG99199907209	LEYDI	YOLIMAR
20988	604602953	KATHERINE	BRIGETTE
163218	604224600	FERNANDA	ELIZABETH
291345	604802025	MANUELA	SN
291308	604901942	LIZBETH	KATHERINE
290531	605904093	ERIKA	YADIRA
172327	605034255	SARA	MARINA
228323	2300370166	MARIA	JOSE
15921	605031996	DAINA	MADELAY
186556	605357839	NANCY	TERESA
290884	201860418	KARINA	ROSMERY
244868	650076169	ENMA	GEOCONDA
291020	603545807	MARIA	ELENA
228465	605193887	ROSA	VALERIA
291069	605910728	ANA	LUCIA
291116	604927483	BLANCA	AZUCENA
291172	LEYMEG99199907209	LEYDI	YOLIMAR
20988	604602953	KATHERINE	BRIGETTE
163218	604224600	FERNANDA	ELIZABETH
291345	604802025	MANUELA	SN
291308	604901942	LIZBETH	KATHERINE