



Uso del misoprostol en la inducción del trabajo de parto – Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor agosto 2016 – enero 2017

Use of misoprostol in the induction of labor - General Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor August 2016 - January 2017

Uso do misoprostol na indução do parto - Hospital Geral Dr. Liborio Panchana Sotomayor agosto de 2016 - janeiro de 2017.

Alex Humberto Zea Morales¹; Oscar Fernando Lituma Peñarreta²; Elsy Ivonne Avalos Moreno³; Raúl Germán Castro García⁴

RECIBIDO: 18/09/2019 **ACEPTADO:** 29/10/2019 **PUBLICADO:** 31/01/2020

1. Magister en Diseño Curricular; Licenciado en Terapia Respiratoria; Tecnólogo Médico en Terapia Respiratoria; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; alexzea_md@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4315-2031>
2. Magister en Gerencia Educativa; Doctor en Medicina y Cirugía; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; oscar.litumap@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-3194-1543>
3. Especialista en Medicina Interna; Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud; Doctora en Medicina y Cirugía; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; elsy.avalosm@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-5242-3764>
4. Magister en Diseño Curricular; Licenciado en Terapia Respiratoria; Tecnólogo Médico en Terapia Respiratoria; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; raul.castrog@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-4315-2031>

CORRESPONDENCIA

Alex Humberto Zea Morales
alexzea_md@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Introducción: La inducción del trabajo de parto, es una práctica muy común que se realiza pensando en el bienestar de la madre. Durante el internado en la rotación de ginecología realizada en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, se observó el uso del misoprostol, sin embargo no encontramos estudios que lo respalden, por lo tanto nuestro trabajo tiene como finalidad determinar la eficacia y seguridad del uso del mismo, como inductor del trabajo de parto. Materiales y Métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, con una muestra de 79 embarazadas a término, durante el período de Agosto 2016 a Enero 2017. La técnica de recolección y procesamiento de datos utilizados fue manual, se realizó la revisión, validación y computarización de los mismos. Como medida de resumen de la información se usó números y porcentajes, además de pruebas de significancia estadística (chi cuadrado). Resultados: De los 79 casos resultaron 54 embarazadas que si respondieron favorablemente el proceso de inducción de parto, culminando así en un parto vaginal, mientras que los 25 casos restantes pese a la aplicación del misoprostol culminaron en cesáreas, esto nos hace considerar altamente la eficacia y seguridad del misoprostol, pues además de ella el porcentaje de complicaciones neonatales que se presentaron en los casos de este estudio tan solo mostraron un 8.9%, así también un valor de p que muestra 0.00 entre las variables paridad y grupo etario, con el mismo resultado las variables de dosis de misoprostol y complicaciones neonatales presentaron relación entre sí. Conclusiones: Se estudiaron varias variables para poder demostrar la eficacia y seguridad del misoprostol. El mayor número de mujeres en que se realizó la inducción con misoprostol se encontraron en el grupo de 15 a 19 años, y en la mayoría de ellas tenían un embarazo de 38 semanas de gestación. Algo a considerar y tomar en cuenta es el número de dosis administradas, a mayor cantidad de dosis, aumentan los riesgos de complicaciones neonatales.

Palabras clave: Inducción, Misoprostol, Trabajo de parto.

ABSTRACT

Introduction: The induction of labor, is a very common practice that is done thinking about the welfare of the mother. During the internship in the gynecology rotation performed at the Dr. Liborio Panchana Sotomayor General Hospital, the use of misoprostol was observed, however we did not find studies that support it, therefore our work is intended to determine the effectiveness and safety of use of it, as inducer of labor. Materials and Methods: A descriptive, retrospective, longitudinal study was carried out, with a sample of 79 full-term pregnant women, during the period from August 2016 to January 2017. The data collection and processing technique used was manual, the review was carried out, validation and computerization of them. As a summary measure of the information, numbers and percentages were used, in addition to tests of statistical significance (chi-square). Results: Of the 79 cases 54 pregnant women turned out that if they responded favorably to the process of induction of labor, culminating in a vaginal delivery, while the remaining 25 cases despite the application of misoprostol culminated in caesarean sections, this makes us highly consider the efficacy and safety of misoprostol, because in addition to it the percentage of neonatal complications that occurred in the cases of this study showed only 8.9%, as well as a p value that shows 0.00 between the variables parity and age group, with the same The dose variables of misoprostol and neonatal complications were related to each other. Conclusions: Several variables were studied to demonstrate the efficacy and safety of misoprostol. The largest number of women in whom misoprostol induction was performed were found in the 15-19 year old group, and in most of them they had a pregnancy of 38 weeks gestation. Something to consider and take into account is the number of doses administered, the greater the number of doses, the risks of neonatal complications increase.

Keywords: Induction, Misoprostol, Labor.

RESUMO

Introdução: A indução do trabalho de parto, é uma prática muito comum que se faz pensando no bem-estar da mãe. Durante o estágio na rotação ginecológica realizada no Hospital Geral Dr. Liborio Panchana Sotomayor, foi observado o uso do misoprostol, no entanto, não encontramos estudos que o apoiem, portanto, nosso trabalho visa determinar a eficácia e a segurança do uso do mesmo, como indutor do trabalho. Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, longitudinal, com uma amostra de 79 gestantes a termo, no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017. A técnica de coleta e processamento de dados utilizada foi manual, a revisão foi realizada validação e informatização dos mesmos. Como medida resumida das informações, foram utilizados números e porcentagens, além de testes de significância estatística (qui-quadrado). Resultados: Dos 79 casos, 54 gestantes revelaram que, se elas responderam favoravelmente ao processo de indução do parto, culminando em um parto vaginal, enquanto os 25 casos restantes, apesar da aplicação de misoprostol culminaram em cesarianas, isso nos leva a considerar muito a eficácia e segurança do misoprostol, pois, além disso, o percentual de complicações neonatais ocorridas nos casos deste estudo apresentou apenas 8,9%, bem como um valor de p que mostra 0,00 entre as variáveis paridade e faixa etária, com o mesmo variáveis de dose de misoprostol e complicações neonatais foram relacionadas entre si. Conclusões: Diversas variáveis foram estudadas para demonstrar a eficácia e segurança do misoprostol. O maior número de mulheres nas quais a indução de misoprostol foi realizada foi encontrado no grupo de 15 a 19 anos de idade e, na maioria, teve uma gravidez de 38 semanas de gestação. Algo a considerar e levar em consideração é o número de doses administradas, quanto maior o número de doses, aumentam os riscos de complicações neonatais.

Palavras-chave: Indução, Misoprostol, Trabalho.

Introducción

Se ha demostrado bajo varios ensayos clínicos, la eficacia del Misoprostol para la maduración cervical o la inducción del trabajo de parto, la fase previa del trabajo del parto o también llamada maduración cervical, cambia las propiedades del cuello uterino entre ellas borramiento, longitud, consistencia y permeabilidad, por tanto se determina a la inducción como el intento de generar contracciones uterinas junto a cambios cervicales, lo que da inicio a la fase activa del trabajo de parto. (1)

La inducción del parto es el procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas con la finalidad de conseguir un parto por vía vaginal, este se utiliza pensando en el bienestar de la madre y el feto decidiendo finalizar el embarazo, para conseguirlo es necesaria una correcta relación riesgo-beneficio, elegir cuidadosamente la semana de gestación, así evitamos la prematuridad del feto y determinar el método más adecuado para la inducción. (2)

El Misoprostol, que originalmente se utilizaba como tratamiento de la úlcera péptica en casos por el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), posteriormente demostrado en base científica la eficacia para la maduración cervical es un análogo de Prostaglandina E1 (PG E1), se ha considerado significativa en la práctica Ginecobstétrica por sus acciones uterotónicas, de maduración cervical, pre-inducción e inducción del trabajo de parto, siempre que no existan contraindicaciones fetales o maternas. (3)

Al decidir finalizar el embarazo, hay que especificar las maneras que podemos inducir al parto, ya sea de manera natural, mecánica, y la farmacológica como es el caso del uso de misoprostol. En los países latinoamericanos el misoprostol es de uso común por los ginecólogos y obstetras, tanto para la inducción al parto como para el aborto. (3)

El misoprostol que está registrado en más

de 80 países de América y Asia, no cuenta con la respectiva aprobación, para el proceso de inducción del parto, sin embargo los profesionales de salud entre ellos Ginecólogos y Obstetras lo utilizan porque en la literatura científica se encuentran estudios que respaldan el uso del mismo, y debido a las circunstancias y posibles complicaciones que podría originarse esperando el curso fisiológico del embarazo es que se realiza la inducción al trabajo de parto. (4)

Varias organizaciones avalan su uso tales como la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG), Organización Mundial de la Salud (OMS). Todas ellas establecen claramente sus indicaciones y formas de uso de este fármaco. (4)

En la provincia de Santa Elena en su unidad principal de salud, el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, es una práctica muy común la inducción del trabajo de parto con el uso de misoprostol; dicha terapéutica, el Ministerio de Salud Pública (MSP) no lo aprueba con este fin; sin embargo, los profesionales de salud lo realizan respaldados por la literatura científica nacional e internacional, lo que nos motivó a determinar la seguridad y eficacia del medicamento en la inducción del trabajo de parto.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor. Se realizó el diseño documental a través de las historias clínicas de pacientes que acudieron al área de Emergencia Ginecológica, durante un periodo de 6 meses, Agosto 2016 – Enero 2017.

Se atendieron a 783 embarazadas, que conformaron nuestro universo, de estas 447 culminaron su embarazo en cesáreas, mientras que las restantes 336 mujeres atendidas culminaron en partos vía vaginal, de estos casos se realizó la revisión de los

embarazos que cumplieron los criterios inclusión para este estudio, obteniendo como resultado una población a estudiar de 79 pacientes que se les aplicó Misoprostol para la inducción del parto, considerando que la población es menor a 100 no se generó muestreo. Cabe resaltar que no se aplica fórmula de muestreo ya que se trabajó con el total de la población.

Previa aceptación del tema de investigación, se entregó un oficio al Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor para la autorización de la revisión de las fichas clínicas de las pacientes con embarazo a término ingresadas en el área de toco-quirúrgico con alguna indicación de inducción con misoprostol y cérvix desfavorable, en el periodo de Agosto del 2016 a Enero del 2017.

Se revisó en el sistema SAIS los registros de las pacientes ingresadas en el área de Ginecología, elaborándose un listado de los números de expedientes clínicos de las pacientes, con estos datos se elaboró una hoja de recolección de datos, y se procedió a buscar en el área de estadística las carpetas con las fichas clínicas de las pacientes a estudiar para obtener la información de las siguientes variables de estudio, edad de la paciente, edad gestacional, antecedentes ginecologicos, Bishop, indicación de inducción.

La información contenida en las carpetas con las fichas clínicas de las pacientes fue sometida a tabulación en cuadros explicativos y gráficos para cada una de las variables en estudio, mediante los programas de Microsoft Excel y SPSS versión 2.2, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación, se presentó la información en tablas, gráficos, números y porcentajes para un mayor entendimiento.

Los resultados fueron presentados a través de tablas explicativas, las cuales fueron analizadas para emitir las conclusiones, recomendaciones y comprobar la hipótesis, en correspondencia con los objetivos pro-

puestos en la investigación

Los criterios de inclusión en este estudio fueron:

- Toda mujer en la que se usó misoprostol en la inducción del trabajo de parto.
- Mujeres con embarazos a términos.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres que no cumplen los criterios de inclusión,
- Historias clínicas con información incompleta e inconsistente.
- Embarazadas con infección de VIH.
- Pacientes con anatomía pelviana desfavorable (DCP).

Como objetivo de este trabajo, tenemos que determinar la eficacia y seguridad del misoprostol en la inducción del trabajo de parto; para empezar se solicitará autorización al hospital para revisar las historias clínicas y poder realizar el estudio.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos después del estudio de campo realizado, basado en las variables descritas.

Una de las variables estudiadas en la muestra trabajada es la edad, con el 11.4% se refleja la edades de 23 años con una frecuencia de 9 casos, mientras que el 10.1% representa la edad de 19 años con una frecuencia 8 pacientes, con el 8.9% en edad de 18, 22 y 24 años con una frecuencia de 7 cada una, mientras que la edad mínima fue de 13 años representada por tan solo 1 caso y la edad máxima de 38 años.

Se realizó clasificación por grupos etarios de acuerdo al estándar del Ministerio de Salud, donde se reflejó el 67.1% en edades de 15 a 19 años con una frecuencia de 53 casos, mientras que 31.6% en edades de 20 a 49 años con una frecuencia de 25 ca-

sos, y el 1.3% en edades de 10 a 14 años observa en la tabla 1. representada portan solo 1 caso, como se

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
[10-14 años]	1	1,3	1,3
[15-19 años]	53	67,1	68,4
[20-49 años]	25	31,6	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 1. Frecuencia por grupo etario

Fuente: Historias Clínicas del Hospital General Liborio Panchana

La población objeto de este estudio, mostró el mayor porcentaje en mujeres que presentaban 38 semanas de gestación con un 36.7% que significaron 29 pacientes, el porcentaje que se reflejó a continuación es el 21.5% en mujeres que presentaban 37 y 39 semanas de gestación con una frecuencia

de 17 casos cada una. Con el 19% resultaron las mujeres con 40 semanas de gestación con una frecuencia de 15 casos, mientras que el 1.3% con una representación de 1 caso se trató de una paciente con 41 semanas de gestación, como se observa en la tabla 2.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
37	17	21,5	21,5
38	29	36,7	58,2
39	17	21,5	79,7
40	15	19,0	98,7
41	1	1,3	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 2. Frecuencia por edad gestacional

Fuente: Historias Clínicas

Se realizaron tablas cruzadas con el objetivo de revisar si las variables se relacionan entre sí generando un factor de riesgo, las variables grupo etario e índice de Bishop se agruparon en un 98% en edades de 15 a 19 años y en un 96% en el índice de Bishop de 5 a 6 casos, al realizar la prueba de chi 2 se obtuvo un valor de p de 0.00 que nos indica

que se relacionan o que el índice de Bishop depende del grupo etario, los resultados se muestran en la tablas 3 y 4.

GRUPO ETAREO	INDICE BISHOP			Total
	0-2	3-4	5-6	
[10-14 años]	0	1	0	1
[15-19 años]	0	1	52	53
[20-49 años]	12	11	2	25
TOTAL	12	13	54	79

Tabla 3. Tabulación cruzada entre grupo etario * indice Bishop

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	69,397 ^a	4	,000

Tabla 4. Pruebas de chi-cuadrado grupo etario * indice bishop

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Otras de las variables a las que se realizó el método de chi 2, fueron grupo etario y edad gestacional, donde se determinó un valor de p de 0,026 que una vez más indica que

estas variable en este grupo de datos se relacionan, ya que su valor de p es menor a 0,05 como se observa en las tablas 5 y 6.

Edad Gestacional	GRUPO ETARIO			Total
	[10-14 años]	[15-19 años]	[20-49 años]	
35	0	0	1	1
36	0	0	4	4
37	0	5	7	12
38	1	24	4	29
39	0	13	4	17
40	0	11	4	15
41	0	0	1	1
	1	53	25	79

Tabla 5. Tabulación cruzada edad gestacional*grupo etario

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23,229 ^a	12	,026

Tabla 6. Pruebas de chi-cuadrado edad gestacional*grupo etareo

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

La terminación del parto en estos casos se vieron reflejados de acuerdo a la siguiente distribución, el 31.6% culminó en cesárea

con 25 casos, mientras que el 64.8% con 54 pacientes, como se muestra en la tabla 7.

Terminación del parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cesárea	25	31,6	31,6
Vaginal	54	68,4	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 7. Frecuencia por culminación del parto

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

De los 79 casos de estudio, los 54 casos que culminaron en parto vaginal presentaron las siguientes indicaciones para el proceso de inducción del parto, el 37% con 20 casos mostraron rotura prematura de membranas,

mientras que el 27.8% se declaró en otros, con una frecuencia de 15 casos, el 14.8% con preeclampsia, y el 9.3% oligoamnios, y el 11.1% en fase latente prolongada, como se muestra en la tabla 8.

Indicaciones de inducción para el Trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rotura Prematura de Membrana	20	37,0	37,0
Fase Latente Prolongada	6	11,1	48,1
Oligoamnios	5	9,3	57,4
Preeclampsia	8	14,8	72,2
Otros	15	27,8	100,0
Total	54	100,0	

Tabla 8. Frecuencia por culminación del parto

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Indicaciones para la cesárea de estos registros 25 pacientes culminaron en cesárea por las diferentes indicaciones, el 36% fue debido a que la inducción bajo misoprostol

falló, el 28% por desproporción céfalo-pélvica y el 36% por distocia de presentación, como se muestra en la tabla 9.

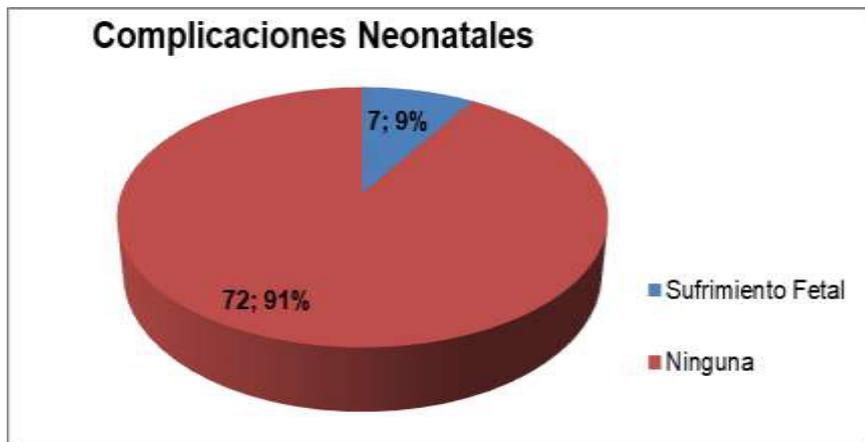
Indicación para cesárea	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Inducción Fallida	9	36,00	11
Desproporción Céfalo-Pélvica	7	28,00	20
Distocia de presentación	9	36,00	32
Total	25	100,00	

Tabla 9. Frecuencia por culminación del parto

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Los recién nacidos que presentaron complicaciones neonatales fueron el 8.9%, con una frecuencia de 7 casos que presentaron sufrimiento fetal, mientras que el 91.1% con

72 casos, no presentaron ninguna complicación como se muestra en la gráfica 1.



Gráfica 1. Frecuencia por complicaciones neonatales

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

La tabla de frecuencias por apgar al minuto, se presentó con el 68.4% en un frecuencia de 54 casos en apgar de 8, mientras que el 16.5% mostro un apgar de 9 con una

frecuencia de 13 casos, el apgar de 7 se representó por el 12.7% con 10 casos, y finalmente con un apgar de 6 al minuto con 2 casos con un 2.5%, ver tabla 10.

APGAR AL MINUTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6	2	2,5	2,5
7	10	12,7	15,2
8	54	68,4	83,5
9	13	16,5	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 10. Frecuencia por apgar al minuto

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Por otro lado va de la mano el apgar a los 5 minutos, siendo el 91.1% el más representado con 72 casos en un apgar de 9 a los 5 minutos, el 6.3% con una frecuencia de 5

casos en un apgar de 8 a los 5 minutos, y finalmente el apgar de 7 con un frecuencia de 2 casos con el 2.5%, como se muestra en la tabla 11.

APGAR A LOS 5 MINUTOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
7	2	2,5	2,5
8	5	6,3	8,9
9	72	91,1	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 11. Frecuencia por apgar a los 5 minutos

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

El apgar más representativo es el de 8 a 9 con una frecuencia de 54 casos que representa el 68.35% y se define mayormente en el parto vaginal con una frecuencia de 38 casos sobre 54, que reflejan el 70.37% en

este grupo de datos, el apgar 9 de 9 muestra el 7% en partos vaginales, mientras que en cesárea muestra 6 casos, la prueba de chi 2 mostro un valor de p de 0.386 lo que indica que no muestra relación entre sí.

Apgar	Terminación del parto		Total
	Cesárea	Vaginal	
6 – 7	1	1	2
7 – 8	0	5	5
7 – 9	2	3	5
8 – 9	16	38	54
9 – 9	6	7	13
Total	25	54	79

Tabla 12. Tabulación cruzada entre apgar * terminación del parto

Fuente: Historias clínicas del Hospital Liborio Panchana

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,154a	4	,386

Tabla 13. Tabulación cruzada entre apgar * terminación del parto

Fuente: Historias clínicas del Hospital Liborio Panchana

El número de mujeres de este estudio recibieron dosis de acuerdo a la siguiente distribución, 7 mujeres recibieron sólo una primera dosis representando el 8.9%, mientras que 45 pacientes que representaron el

57.0% se les suministró dos dosis, el 27.8% con 22 mujeres se les administró hasta una tercera dosis, y finalmente 5 casos recibieron hasta una cuarta dosis representando el 6.3% como se muestra en la tabla 14.

Número de Dosis de Misoprostol	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1era Dosis	7	8,9	8,9
2da Dosis	45	57,0	65,8
3era Dosis	22	27,8	93,7
4ta Dosis	5	6,3	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 14. Frecuencia por número de dosis aplicadas de Misoprostol

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Otras de las variables que al combinarse o cruzarse mostraron una significancia de 0.00 fueron el número de dosis administradas de misoprostol versus las complicaciones neonatales, siendo la única complica-

ción presentada el sufrimiento fetal y se puede observar que se en los casos que tuvieron entre 3 y 4 aplicaciones de misoprostol, como se muestra en las tablas 15 y 16.

Complicaciones neonatales	Dosis Misoprostol				Total
	1	2	3	4	
Sufrimiento Fetal	0	0	2	5	7
Ninguna	7	45	20	0	72
	7	45	22	5	79

Tabla 15. Tabulación cruzada complicaciones neonatales * dosis misoprostol

Fuente: Historias clínicas del Hospital Liborio Panchana

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	56,486 ^a	3	,000

Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado complicaciones neonatales*dosis misoprostol

Fuente: Historias clínicas del Hospital Liborio Panchana

La puntuación de Bishop se dividió en tres grupos o rangos de puntuación, siendo el de mayor porcentaje el rango de 5 a 6 con el 68.4% que representa una frecuencia de 54 mujeres, mientras que el 16.5% mostro el

rango de 3 a 4 con una frecuencia de 13 casos, y finalmente el 15.2% en la puntuación de 0 a 2 con 12 casos, como se muestra en la tabla 17.

Índice Bishop	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-2	12	15,2	15,2
3-4	13	16,5	31,6
5-6	54	68,4	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 17. Frecuencia por puntuación de acuerdo al Índice de Bishop

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

El tiempo transcurrido entre el inicio del Bishop se observó de la siguiente manera: el 20.3% con 16 casos se presentó en un periodo de 7 a 12 horas, mientras que el 22.8% con una frecuencia de 18 casos en los tiempos de 13 a 18 horas, el 16.5% con

13 casos en tiempos de 19 a 24 horas, el 8.9% con 7 casos con un tiempo mayor a 24 horas y el 31.6% con 25 casos no lograron el inicio del Bishop, como se muestra en la tabla 18.

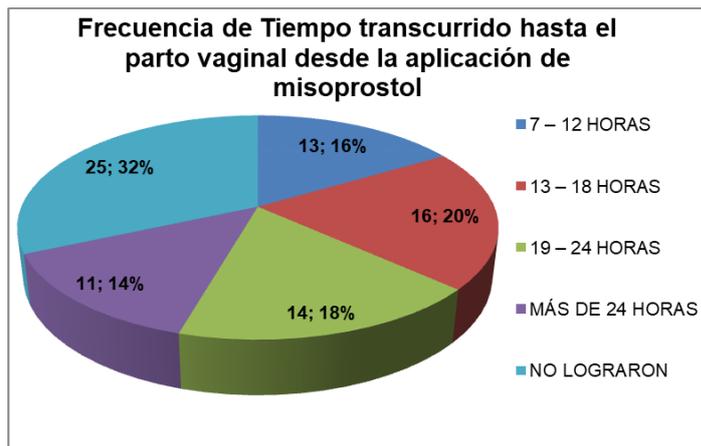
Frecuencia de Inicio del Bishop	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
7 – 12 HORAS	16	20,3	20,3
13 – 18 HORAS	18	22,8	43,0
19 – 24 HORAS	13	16,5	59,5
MÁS DE 24 HORAS	7	8,9	68,4
NO LOGRARON	25	31,6	100,0
Total	79	100,0	

Tabla 18. Frecuencia de tiempo para el Inicio del Bishop

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Tiempo transcurrido hasta el parto vaginal desde la aplicación de misoprostol: el 16.5% con 13 casos en un período de tiempo de 7 a 12 horas, el 20.3% con 16 casos de 13 a 18 horas, el 17.7% con 14 casos de 19 a 24 horas, el 13.9% con 11 casos

en tiempo mayor de 24 horas mientras que el 31.6% con 25 casos no lo lograron y por ende pasaron a cesárea, como se muestra en la tabla 18.



Gráfica 2. Frecuencia del tiempo transcurrido hasta el parto vaginal

Fuente: Estadísticas del Hospital General Liborio Panchana

Discusión

Este estudio se representó ampliamente en las edades de 15 a 19 años con el 67.1% que representaba una frecuencia de 53 casos, un estudio realizado en la ciudad de Quito muestra el 65% de su población en edades de 25 a 35 años, en edades de 15 a 19 años mostró en cambio el 20% con 50 casos representados, en si se trabaja con dos universos de datos en diferentes grupos poblaciones, esto se podrían dar por la idiosincrasia de la población de Santa Elena, que generalmente presenta altos porcentajes de embarazos a corta edad. (1)

Este estudio también mostró el 23% como complicaciones neonatales en el sufrimiento fetal, además en un 37% no presentaron complicación alguna, sin embargo nuestro estudio indica tan solo 7 casos con sufrimiento fetal pese a que la población es superior a la nuestra es claro que es constante la complicación neonatal, en la mayoría de los estudios lo que podría ser considerado como un nuevo tema de investigación. (1)

Nuestro estudio muestra el 37% en rotura prematura de membranas, no se aleja mucho el porcentaje que muestra el estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ya que refleja un 30% con esta misma patología siendo también una de las más predominantes. (16)

Este estudio muestra mayor porcentaje en las primigestas con un 41%, sin embargo nuestro estudio refleja mujeres multíparas en un 63.3% de la población estudiada, con relación al número de dosis que se administró en el estudio de la UNAM indica que el 44% requirió de 3 a 4 dosis, a diferencia de nuestro estudio que muestra el 57% en 2 dosis de administración y el 27.8% en 3 dosis administradas de misoprostol para la inducción del parto. (16)

La puntuación de Bishop más alta en porcentaje es las de 3 a 4 con el 50%, sin embargo en nuestra población el índice más frecuente fue del 5 a 6, pese a esto en ninguno de los 2 estudios de comparación permitieron comparación con esta variable, sin embargo nuestra población presentó mayor predisposición para la puntuación Bishop y así generar la inducción del parto. (1)

En el estudio realizado en la ciudad de Quito el 39% culminó en parto vaginal, mientras que el 61% terminó en cesárea, resultado que difiere de nuestro estudio ya que se muestra de manera inversa en nuestro estudio, sin embargo el realizado por la Universidad de Loja enseña similar patrón con el nuestro, con parte de la eficacia del uso del misoprostol. (1)

Un estudio realizado por la Universidad de Loja muestra las causas de inductocondu-

ción Maternas y Fetales, en una población de 66 personas lo cual indica que el 63.64% represento a rotura prematura de membrana siendo el mayor porcentaje en este estudio, mientras que en nuestro análisis represento el 37% en una frecuencia de 20 casos, a pesar de que se reduce al menos en un 50% la población se observa como una constante este tipo de complicación, la Universidad Central también muestra esta complicación con un 23%, sin embargo determina que el 37% no muestra complicaciones nuestros resultados indicaron que el 91.1% no presento complicaciones lo que una vez más ubica al misoprostol con una fuerte eficiencia. (17)

En un estudio mostrado en la ciudad de El Salvador en apgar de los recién nacidos durante el proceso de inducción mostro resultados mayor de 8 en todos los casos, solo fue en 2 casos con misoprostol que el recién nacido presentó apgar de 7, si bien es cierto esto hace un análisis con relación a la oxitocina, sin embargo nuestro estudio que se realiza únicamente con el misoprostol resulto el 68.35% en apgar 8 de 9, y a pesar de tener 12 casos con un apgar menor a 8, el apgar mínimo presentado fue de 6 lo que en si no se consideraría un riesgo alto. (18)

En un estudio realizado de casos controles en la ciudad de Cuenca donde genera una tabla cruzada entre el número de dosis aplicadas y el tipo de parto, muestra que el 82.5% solo requirió de una dosis de misoprostol para culminar en un parto vaginal, y que tan solo 10 pacientes necesitaron de la administración de 2 dosis, sin embargo nuestro estudio mostro el 57% con dos aplicaciones de misoprostol, y el 28% necesito de 3 dosis, este estudio difiere bastante al estudio antes mencionado. (19)

En el estudio de la ciudad de Cuenca también analiza el tiempo transcurrido hasta el parto vaginal desde la aplicación de misoprostol, donde refleja porcentajes casi equitativos menor o igual a 12 horas, de 13 a 24 horas, y mayor a 24 horas de 35.1%, 33.3%

y 31.6% respectivamente, a diferencia de nuestro estudio este revela el 20.3% de 13 a 18 horas, de 19 a 24 horas con el 17.7%, mientras que un 31.6% no logro el parto vía vaginal. (19)

Otra de las variable importantes es la paridad, el trabajo investigativo de la Universidad Central indica que el 39% fueron mujeres entre 2 a 3 partos, que en comparación con nuestro resultado tenemos el 63% en mujeres multíparas, esta variable a mi consideración es también parte de la idiosincrasia de la Provincia, por otro lado las mujeres nulípara o sin historial de parto en nuestro estudio representaron el 20.3% esto se da en gran similitud con el estudio de comparación en este párrafo, pues reflejo un 24% también. No clasificamos por área de urbana y rural, pues la población que estudio la Universidad Central mostro un 54% del área rural, que hubiera sido de gran utilidad para comparar.

Las semanas de gestación que más predominaron en este estudio fueron las mujeres de 38 semanas con el 36.7%, y las de 37 y 38 semanas con el 21.5% cada una, que en comparación con un estudio de la UNAM de Nicaragua presenta en sus resultados el 46% en mujeres de 37 a 38 semanas de gestación, mientras que su mayor porcentaje se detalla en las de 39 a 40 semanas con el 54%.

Hemos podido observar que en si la mayor parte de las variables se mantiene en comparación con otros estudios, lo que nos hace reconocer tanto la eficiencia como eficacia de uso del misoprostol se mantiene pese a los grupos poblacionales u orígenes de esta.

Conclusiones

El mayor número de mujeres en que se realizó la inducción con misoprostol se encontraron en el grupo de 15 a 19 años, y en la mayoría de ellas tenían un embarazo de 38 semanas de gestación.

El índice de Bishop en la pre-inducción se observó con una puntuación de 5 a 6, de los cuales el mayor grupo de los casos correspondieron a las pacientes que fluctuaron los 15 a 19 años de edad.

La indicación obstétrica más frecuente para el inicio de la inducción fue rotura prematura de membranas, lo que confirma que el misoprostol es eficaz y seguro en aquellos casos que representan un desafío para el manejo obstétrico por las inminentes complicaciones materno-fetales que se pueden presentar, directamente relacionadas al mayor tiempo de latencia.

La vía de finalización del embarazo en la mayoría de los casos fue vaginal, lo que concluye que el misoprostol permite mejorar las condiciones del cuello uterino, aumentando el porcentaje de éxito de partos vaginales y disminuyendo el tiempo de dilatación y el porcentaje de cesáreas.

Las complicaciones neonatales que se presentaron fueron limitadas, en si solo se presentaron 7 casos de sufrimiento fetal, que adicionalmente pueden tener otras características adicionales que hubieren conllevado a esta complicación.

El número de dosis necesarias para iniciar el trabajo de parto en la mayoría de casos fue de dos dosis, lo cual indica que el misoprostol como inductor del trabajo de parto es eficaz.

El uso del misoprostol en las pacientes estudiadas presentó notable eficacia, por el menor tiempo de latencia para lograr un cérvix favorable 7-12 horas.

Con base en los resultados obtenidos, se comprueba la hipótesis que el misoprostol es un medicamento sumamente eficaz y seguro para la inducción y obtención del parto por vía vaginal en pacientes con embarazo a término y cérvix desfavorable en aquellos casos donde se requiera interrupción del embarazo y se tengan las condiciones obstétricas.

Se justifica por el menor tiempo en que se presenta un cérvix favorable y por lo tanto por el menor tiempo de trabajo de parto, con la obtención de recién nacidos en buenas condiciones, lo que refleja el buen puntaje en la escala de APGAR.

Bibliografía

1. VIVAS MICOLTA KK, YANCHAPANTA GALORA RL. Trabajo de investigación previa a la obtención del título de Obstetiz. [Online].; 2014 [cited 2017 10 26].
2. Angarita Peñaranda W, Benjamin RY, Barre Arrieta O. MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO. [Online].; 2003 [cited 2017 10 30. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n2/v54n2a02.pdf>.
3. Vergara K. El misoprostol es un analogo semisintetico de la prostaglandina E1. [Online].; 2007 [cited 2017 10 31. Available from: https://www.academia.edu/7831792/El_misoprostol_es_un_analogo_semisintetico_de_la_prostaglandina_E1.
4. Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica. VADEMECUM. [Online].; 2015 [cited 2017 10 30. Available from: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/m050.htm>.
5. [http://www.sego.es/Content/pdf/Dossier_medico_misoprostol_v3-091230_SEGO.pdf].; 2017.
6. Canaval Erazo H, Ortiz Lizcano. USO DE MISOPROSTOL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. [Online].; 2013 [cited 2017 10 30. Available from: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Uso-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecolog%C3%ADa-FLASOG-2013.pdf>.
7. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTRO-AMÉRICA. USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. 2011; 207-2011(LXVIII).
8. Neumors. [<http://kidshealth.org/es/parents/inductions-esp.html>].; 2017. Available from: <http://kidshealth.org/es/parents/inductions-esp.html>.
9. Hospital Clínic de Barcelona - Servicio de Medicina Materno Fetal. PROTOCOLO INDUCCIÓN DEL PARTO y MÉTODOS DE MADURACIÓN CERVICAL. [Online]. [cited 2017 12 30. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/inducci%F3n%20del%20parto.pdf>.
10. GONZALEZ BOUBETA R, CID-GONZALEZ

- C. Maduración cervical: aceleración de un proceso natural. Federacion-matronas. 2007; 8(24-29).
11. Diaz Pasten S. El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol. 2011.
12. M. P. Guía del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2000 [cited 2017 10 30. Available from: <http://www.telmeds.org/wp-content/uploads/2013/10/Monitoreo-Fetal.pdf>.
13. FLASOG. USO DEL MISOPROSTOL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. [Online].; 2007 [cited 2017 10 30. Available from: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/flasog_manual_2007.pdf.
14. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Catalogo Maestro de Guias Practicas Clinicas. [Online].; 2012 [cited 2017 10 30. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-218-09/ER.pdf>.
15. Diaz Cruz LA. INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO. Obstetricia Integral Siglo XXI. 2011; 2.
16. DE LA VEGA VASCONCELOS AM, SARANTES LOPEZ MN. [Online].; 2015 [cited 2017 10 31. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1453/1/1763.pdf>.
17. ZUMBA TORRES JS. [Online].; 2015 [cited 2017 10 31. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13486/1/Tesis%20final%20para%20biblio.pdf>.
18. BARRIENTOS SANTOS AP. Sufrimiento Fetal Agudo asociado al uso de misoprostol u oxitocina en la inducción del trabajo de parto en embarazos de termino. TESIS. SAN SALVADOR: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR; 2011.
19. YÁNEZ HIDALGO D. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO SOBRE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN MÁS SEGURA DEL MISOPROSTOL PARA MADURACIÓN CERVICAL E INDUCCIÓN DE EMBARAZOS A TÉRMINO. TESIS. Cuenca: UNIVERSIDAD DE CUENCA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS; 2016.
20. Ugarte Baquero M. El uso de las prostaglandinas en obstetricia y ginecología: el caso del misoprostol. In p SD.; 2011.
21. RODRIGUEZ DONADO A. GUIA DE MANEJO: INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO. In. BOGOTA: ASOCIACION BOGOTANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA; 2000. p. 1 - 32.
22. Publica MdS. Atencion del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Guia de Practica Clinica 1º Edicion. Quito: MSP, Direccion Nacional de Normatizacion; 2015.

CITAR ESTE ARTICULO:

Zea Morales, A., Lituma Peñarreta, O., Avalos Moreno, E., & Castro García, R. (2020). Uso del misoprostol en la induccion del trabajo de parto – Hospital General Dr. Liborio Panchana. RECIMUNDO, 4(1), 351-365. doi:10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.351-365



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.