

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

---

---



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARIA DE SALUD

BENEMERITO HOSPITAL GENERAL  
JUAN MARIA DE SALVATIERRA

**“Inducción de trabajo de parto en  
pacientes con embarazo de 41 semanas de  
gestación o más en el Hospital General Juan  
María de Salvatierra, La Paz BCS”**

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**Dra. Blanca Aurora Savín Gámez**

ASESOR DE TESIS:

**Dr. Gustavo Jorge Farías Noyola.**



La Paz, Baja California Sur

Julio 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**BENEMERITO HOSPITAL GENERAL JUAN MARIA DE SALVATIERRA**

**TESIS DE POSTGRADO**

**“Inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo de 41 semanas de gestación o más en el Hospital General Juan María de Salvatierra, La Paz BCS”**

PRESENTA

**DRA. BLANCA AURORA SAVIN GAMEZ**

**DR. MAURICIO PADILLA ROMERO**

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**DR. GUSTAVO JORGE FARIAS NOYOLA**

ASESOR DE TESIS JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

**DR CARLOS ARRIOLA ISAIS**

TITULAR DE CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**DR MARIO SALOMON V.**

SUBDIRECTOR DE INNOVACION Y ENSEÑANZA ESTATAL.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios por darme la oportunidad de estar realizando mi especialidad.

A mis padres por darme la vida, Amor, educación, raíces profundas, alas y deseos de volar.

A mis hermanos por su apoyo y motivación.

A mi esposo por su eterna paciencia e incondicional amor.

A mi hija por ser mi motivo de superación y vida.

A mis maestros que estuvieron siempre en mi hombro para guiarme en mi aprendizaje.

A mis compañeros que en momentos felices y difíciles estuvieron a mi lado apoyándome.

## **INDICE**

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>4</b>
<b>Planteamiento del Problema.....</b>	<b>9</b>
<b>Pregunta de Investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>11</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>12</b>
<b>Hipótesis Nula</b>	
<b>Hipótesis Alternativa</b>	
<b>Objetivos.....</b>	<b>13</b>
<b>General</b>	
<b>Específicos</b>	
<b>Material y Métodos.....</b>	<b>14</b>
<b>Tipo de Estudio</b>	
<b>Área de Estudio</b>	
<b>Población de Estudio</b>	
<b>Tamaño de la Muestra</b>	
<b>Diseño del Muestreo</b>	
<b>Descripción del Estudio</b>	
<b>Criterios de Inclusión</b>	
<b>Criterios de No Inclusión</b>	
<b>Criterios de Exclusión</b>	
<b>Hoja de Recolección de Datos</b>	
<b>Recolección de la información</b>	
<b>Cronograma de actividades.</b>	
<b>Aspectos Éticos</b>	
<b>Análisis</b>	

<b>Descripción de Variables.....</b>	<b>17</b>
<b>Resultados</b>	
<b>Análisis Estadístico</b>	
<b>Discusión</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Anexos.....</b>	<b>38</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>41</b>

## **Introducción.**

La asistencia al embarazo prolongado es una de las situaciones que sigue planteando controversias entre los partidarios de la inducción sistemática del parto y los que optan por la vigilancia fetal hasta el desencadenamiento espontáneo del mismo. (5)

El embarazo con amenorrea prolongada es toda aquella gestación que rebasa las 41 semanas o los 287 días a partir del primer día del último periodo menstrual. Esta patología obstétrica tiene una repercusión importante ya que la morbilidad y mortalidad se encuentra en aumento. (3) Las pacientes a las que su edad gestacional va más allá de las 41 a 42 semanas de gestación constituyen el 10% de todos los embarazos. (6)

Algunos autores como O Herlihy opinan que la mayoría de los embarazos prolongados son normales y sin complicaciones, ya que las anomalías obstétricas importantes han quedado excluidas por las exploraciones realizadas antes de la semana 42. (5)

El objetivo de la inducción de trabajo de parto es disminuir las posibles complicaciones maternas y fetales que se puedan presentar si el embarazo continúa y minimizar las posibilidades de una intervención quirúrgica. (4)

En el 2000 el grupo de Rand L. y Norwitz ER del Harvard Medical School, apoyan la inducción de trabajo de parto basándose en las recomendaciones de la ACOG por una evidente disminución de la morbi-mortalidad perinatal. Además afirman que el índice de cesáreas tras la inducción es menor, probablemente por la mejoría de técnicas de maduración cervical. (5)

En Estados Unidos 20% de los partos son iniciados por inducción, la decisión de inducir un parto se toma cuando los riesgos de continuar con el embarazo sobrepasan los beneficios del parto. (3)(6)

## **Marco Teórico.**

Desde la misma formación del hombre, el embarazo y el parto han sido motivo de constantes observaciones, estudios y controversias por los entendidos de las ciencias biológicas, y la preocupación por obtener el parto por la vía vaginal, motivo de muchos métodos para provocar las contracciones uterinas. (11)

En el 1500 A.C. En el antiguo Egipto se recomendaba a la mujer embarazada sentarse sobre hojas de menta para provocar las contracciones del parto. Celso sugería la dilatación por medio digital del cérvix, hasta que Guillermeau, Moriceau y McCenley por primera vez y con bases científicas lograron provocar un parto. Muchos métodos fueron utilizados como ruda, el elnjo, los purgantes, aloe, apio, pilocarpina, marcha forzada, vendajes, baños calientes, hasta llegar a utilizar el extracto del lóbulo posterior de la hipófisis por primera vez por Theobland en 1948. (11)

Existe una considerable variación en la manera que la fecha probable de parto es calculada, es bien conocido que la fecha de última menstruación aunque sea confiable puede resultar con un error considerable, con una discrepancia de 7 , 10 o 14 días. (12) Boyd y colaboradores observaron una incidencia de embarazo posttermino del 7.5% cuando el diagnóstico se basó por fecha de última regla. La incidencia era de 2.6% cuando el cálculo de la edad gestacional se basaba en examen ecográfico precoz, y del 1.1% cuando los hallazgos ecosonográficos y la historia menstrual coincidían. La prolongación del embarazo más allá de las 40 semanas se da con frecuencia mayor, aproximadamente en uno de cada diez embarazos (8)

La tasa de inducción de trabajo de parto, se ha comportado en aumento en los estados unidos desde 1989, cuando esta práctica comenzó a aparecer reportada en el certificado de nacimiento. Actualmente una de cada cinco mujeres se le realiza inducción de trabajo de parto. (7)

La gestación prolongada es vista como una razón para inducir de rutina a pacientes con embarazos después de la semana 41 o 42. En parte varios de



estos protocolos son derivados de consideraciones sobre el bienestar fetal y los meta análisis que han indicado que la inducción de trabajo de parto reduce la mortalidad perinatal. Ha sido sugerido que la inducción en gestaciones prolongadas resulta en una reducción del número de cesáreas. (12)

La causa más frecuente de una aparente gestación prolongada es un error en el cálculo de la amenorrea. Cuando el posttermino realmente existe, la causa es usualmente desconocida. Al parecer el ser primigesta o haber presentado un embarazo posttermino previo son los factores de riesgo mas identificados para presentar embarazo posttermino. Rara vez el embarazo posttermino se asocia con deficiencia de Sulfatasa placentaria o feto anencefalico. El sexo masculino también ha sido asociado a la prolongación del embarazo. La predisposición genética parece jugar un papel importante en el embarazo prolongado. (9)

El consenso actual sugiere la inducción del trabajo de parto entre las 41 y 42 semanas de gestación, ya que ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir el riesgo de muerte intrauterina tardía, sin aumentar la tasa de partos instrumentados, el uso de analgesia o la incidencia de anomalías en la frecuencia cardiaca fetal. De igual forma, la presencia de líquido amniótico meconial también disminuye, sin embargo, el síndrome de aspiración de meconio y la ocurrencia de convulsiones neonatales no se modifican. (2)

Los métodos actuales de vigilancia materno fetal permiten al obstetra determinar el momento más conveniente para la interrupción del embarazo, disminuyendo el riesgo que acompaña a la prolongación del mismo. Cuando procede la interrupción se han utilizado métodos usuales de inducción de trabajo de parto; pero en numerosas ocasiones la falta de condiciones cervicales favorables resulta en altas tasas de operación cesárea; es en estos casos donde las PGE2 pueden considerarse un elemento de apoyo al obstetra ante la necesidad de interrumpir el embarazo, con elevado índice de éxito y amplio margen de seguridad para la madre y el feto. Pese a lo anterior han surgido criterios de manejo diametralmente opuestos: por un lado, las conductas expectantes y, por otro, las intervencionistas que recomiendan la interrupción del embarazo cuando éste rebase las 42 semanas, sin embargo,

en ninguno de estos extremos se obtienen beneficios equitativos para el binomio madre-feto.(2)

Ambos manejos, expectante y la inducción de trabajo de parto están asociados a tasas bajas de complicación y buenos resultados perinatales en pacientes con embarazos de bajo riesgo y con cérvix desfavorable. Sin embargo aparentemente existe una pequeña ventaja para las pacientes que son inducidas con maduradores cervicales independientemente de la paridad y el método de inducción. Varios estudios aleatorizados multicentricos sobre el manejo de embarazos de más de 40 semanas de gestación reportan resultados favorables con la inducción rutinaria de embarazos apenas cumplidas las 41 semanas de gestación, con menos índices de cesáreas y menos mortalidad perinatal. (9)

Existen cambios importantes a partir de la semana 40 de embarazo en el líquido amniótico, placenta y feto. La morbilidad fetal se ve incrementada principalmente por 4 aspectos:

1.-El 25% de los embarazos prolongados presentan sufrimiento fetal intraparto, que en la mayoría de los casos se debe a la compresión de cordón umbilical producida por oligohidramnios y en menor proporción por insuficiencia placentaria. (3) La disminución es progresiva existiendo 1000ml a las 38 semanas, 800ml a las 40 semanas, 600ml a las 41 semanas, 480ml a las 42 semanas, 250ml a las 43 semanas y 160ml a las 44 semanas de gestación. Un volumen de líquido amniótico menor de 400ml a las 40 semanas de gestación se asocia a complicaciones fetales. El mecanismo de producción del oligohidramnios en el embarazo prolongado parece ser una disminución en la producción de orina por parte del feto. (8)

Además de las modificaciones en el volumen el líquido amniótico cambia su composición después de la semana 38 a 40 de gestación el líquido se vuelve lechoso y turbio debido a la descamación del *vermix caseoso*. (8).

La placenta muestra disminución del diámetro y la longitud de las vellosidades coriales por necrosis fibrinoide y ateromatosis creándose infartos y calcificaciones, dificultando así el intercambio feto-placentario. (3) (8) Los

infartos aparecen en un 10 a 25% de las placentas a término y en un 60 a 80% de las placentas postemino, con más frecuencia en sus bordes. Los depósitos de calcio en la placenta postemino son hasta de 10gr/100grs de tejido seco, mientras que en la placenta a término no sobrepasan los 2-3 grs/100grs de tejido seco. (8)

2.-El síndrome de aspiración de meconio (SAM) es una complicación grave que se presenta más frecuentemente cuando este es denso, no obstante hay pacientes que presentan meconio claro al inicio de trabajo de parto y durante el mismo este se convierte en denso. (3) La presencia de meconio en especial si es denso incrementa la probabilidad de que el feto tenga problemas al nacimiento (8)

3.-Existe un aumento de partos distócicos ya que esta patología esta asociada a un porcentaje importante de macrosomía fetal debido a que el feto presenta un incremento inicial de peso llegando al 43% de macrosomía a la semana 43. (3) La incidencia de macrosomía fetal entre las semanas 38 a 40 es del 10% siendo a la semana 43 del 43%. (8)

4.-El síndrome de postmadurez se presenta del 5 al 10% de los casos, caracterizado por disminución de la grasa subcutánea piel rugosa con tinte verdoso y acidosis al nacimiento. (3) (8)

La inducción de trabajo de parto es una intervención para iniciar artificialmente las contracciones uterinas para producir el borramiento y la dilatación del cuello uterino y terminar con el nacimiento. (14)

Muchos son los métodos que a lo largo del tiempo se han utilizado para inducir el parto, entre estos podemos citar la colocación de sondas, laminarias, enemas, despegamiento de membranas ovulares, ruptura artificial de membranas y el farmacológico, fundamentado en el efecto oxitócico de diferentes medicamentos como el nanopéptido oxitocina, ampliamente utilizado y generalizado, al que hoy se suman las prostaglandinas, grupo de ácidos grasos presentes en todos los tejidos humanos, considerados como reguladores metabólicos extracelulares y factores de inhibición y estimulación

de varias hormonas, que poseen un amplio espectro de acción farmacológica.  
(10)

En estos últimos años se han descubierto prostaglandinas sintéticas con efecto muy potente sobre la fibra de colágena del cuello y la dinámica uterina que favorecen la maduración de cérvix, la expulsión del producto y la disminución del número de maniobras obstétricas. (10)

### **Planteamiento del problema.**

La incidencia de parto vaginal en pacientes a las que se les induce el trabajo de parto, es baja y la operación cesárea es la principal vía de resolución de embarazo por el alto índice de fracaso de la inducción.

**Pregunta de investigación.**

¿Cuál es el resultado de la inducción de trabajo de parto de embarazos de 41 semanas de gestación o más por amenorrea confiable o ultrasonido?

## **Justificación.**

En la unidad de tococirugía del hospital Juan María de Salvatierra se atienden en promedio alrededor de 83 pacientes por semestre con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación, las cuales ingresan al servicio para determinar su vía de resolución. Es necesario conocer objetivamente el procedimiento de inducción y sus vías de resolución así como sus complicaciones.

El siguiente estudio está dirigido a investigar los resultados de inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo en vías de prolongación aplicados en este hospital, complicaciones y vía de resolución en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra.

## **Hipótesis.**

### **Hipótesis Nula**

Existe una alta incidencia de parto como vía de resolución de embarazo, debido al alto índice de éxito en la inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo de 41 semanas de gestación o más.

### **Hipótesis alterna.**

Existe una alta incidencia de cesárea como vía de resolución de embarazo, debido al alto índice de fracaso en la inducción de trabajo de parto en pacientes con embarazo de 41 semanas de gestación.



### **Objetivo general.**

Conocer la relación que existe entre la inducción de trabajo de parto a las 41 semanas de gestación o mas y la operación cesárea, así como las características y complicaciones del trabajo de parto inducido en nuestra unidad hospitalaria.

**Objetivos Específicos.**

- 1.- Conocer la complicación mas frecuente en la inducción de trabajo de parto en nuestro hospital.
  
- 2.- Comparar los resultados del bienestar neonatal en recién nacidos obtenidos por medio de inducción de trabajo de parto.
  
- 3.- Identificar la principal causa de cesárea en las pacientes a las que se les induce trabajo de parto.
  
- 4.- Analizar de manera comparativa los resultados de la inducción de trabajo de parto en pacientes con parto previo y con cesárea previa.

## **Material y método:**

Se realizó un estudio transversal, prospectivo y descriptivo en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra, en La Paz BCS, durante el periodo de 01 de Agosto 2010 y 31 de Enero de 2011. El universo de estudio estuvo constituido por todas aquellas pacientes que fueron atendidas por trabajo de parto activo durante este periodo y la muestra estudio por las pacientes con embarazo mayor de 41 semanas de gestación por amenorrea confiable o ultrasonograma, que fueron hospitalizadas en el hospital Juan María de Salvatierra para inducción de trabajo de parto (n=83), en el mismo periodo, las cuales presentaban, membranas integrales, presentación cefálica, sin trabajo de parto, Puntuación de Bishop menor a 6 puntos, pruebas de bienestar fetal adecuadas (registro tococardiográfico reactivo, prueba estresante negativa) y no presentaban complicaciones obstétricas (preeclampsia, diabetes, hiper o hipotiroidismo, etc)

Se inició inducción de trabajo de parto según su puntuación de Bishop, y antecedente de cesárea previa y así se dividieron en 2 grupos: pacientes con embarazo en vías de prolongación con cirugía uterina previa y pacientes con embarazo en vías de prolongación sin cirugía uterina previa. Según sus antecedentes se administró Misoprostol y oxitocina o solo oxitocina según fuera el caso.

La inducción con oxitocina se realizó con una venoclisis de dextrosa al 5% que contenía 5U de oxitocina; se comenzó con 5mU/min cada hora y se aumentó de 5 en 5 hasta obtener una dinámica uterina efectiva, el equipo de venoclisis fue el convencional.

La inducción con misoprostol presentación tabletas (Cytotec) 200 microgramos se realizó colocando a través de tacto vaginal 50 microgramos (1/4 de tableta) en fondo de saco posterior de este fármaco, posteriormente se administró oxitocina al iniciar trabajo de parto activo o 4 horas después con el esquema antes mencionado si no se obtuvieron resultados favorables con la dosis de misoprostol.

Se capturaron en la hoja de recolección de datos paciente, antecedentes obstétricos (Gestaciones, partos, cesáreas o abortos), método de inducción,

diagnostico, vía de nacimiento, Peso de producto, tiempo transcurrido entre la inducción y el nacimiento, Apgar, capurro y sexo.

### **Diseño del estudio**

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo.

### **Área de estudio:**

Servicio de toco cirugía del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra, durante el periodo de Agosto del 2010 y Enero del 2011.

### **Población Objetivo**

Todas las pacientes ingresadas con diagnostico de embarazo en vías de prolongación es decir 41 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación confiable o ultrasonograma.

### **Criterios de inclusión.**

- Embarazo de término en vías de prolonga
- Feto vivo único.
- Presentación cefálica con membranas íntegras.
- Sin trabajo de parto.
- Score de Bishop menor a 6 puntos.
- Registro toco cardiográfico Reactivo

### **Criterios de exclusión.**

- Patología agregada.
- Pacientes con trabajo de parto activo.
- Óbito.
- Ruptura prematura de membranas.
- Macrosomia.

## **Variables de estudio.**

### **Independientes.**

Edad de la madre.

Semanas de amenorrea por fecha de última menstruación.

Sexo del producto.

Paridad.

### **Dependientes.**

Peso.

Edad gestacional por Capurro.

Apgar.

Método de inducción.

Vía de nacimiento.

## **Descripción de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>
<b>Edad gestacional por Fecha de última menstruación.</b>	Edad en semanas calculado de acuerdo al primer día de la fecha de última menstruación.
<b>Edad gestacional por Capurro</b>	Edad en semanas calculado mediante el examen físico del recién nacido
<b>Apgar.</b>	
<b>Vía de nacimiento</b>	Método por el cual se extrae el producto.

**Hoja de recolección de datos ver anexo 1**

**Aspectos éticos.**

Este estudio no representa riesgos por ser solo revisión de expedientes, fue sometido al comité de enseñanza e investigación del hospital Juan María Salvatierra de BCS otorgando su autorización quedando registrado con el número 003-003-2011. (Anexo 2)

**Cronograma de Actividades**

<b>Actividad.</b>	<b>Fecha.</b>
Recolección de Datos	01 Agosto del 2010 a 31 enero 2011
Análisis de Datos	Marzo a Junio del 2011
Realización Material de Tesis	Junio del 2011

### **Análisis estadístico**

Se realizó el análisis estadístico con  $\chi^2$  y tabla de contingencia de 2 x 2, considerando un error  $\alpha$  del 5 %. No se encontró significancia estadística ya que el valor de  $p=0.1265$

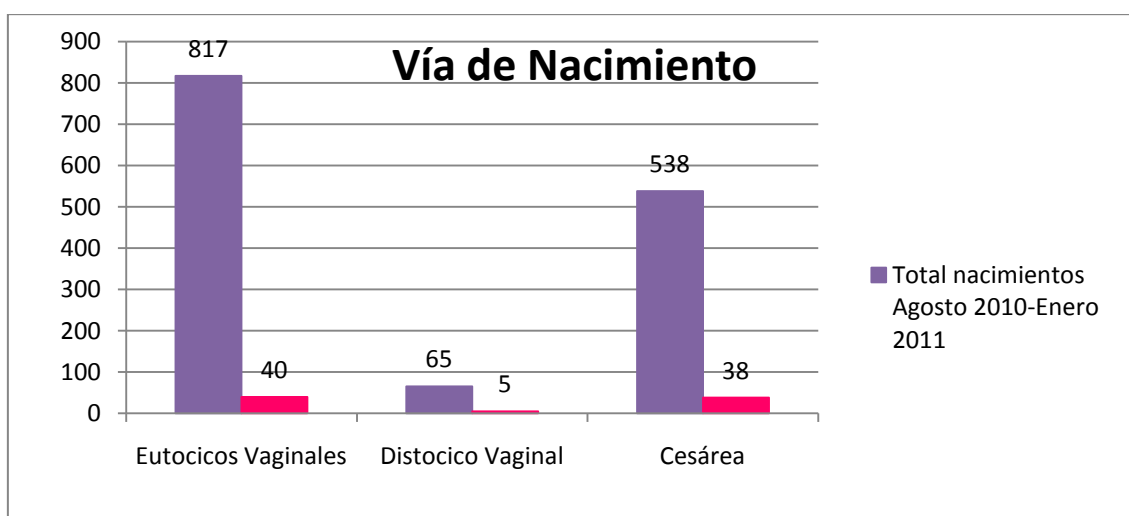
Por lo que se rechaza la hipótesis alternativa, y la vi de nacimiento por medio de inducción de trabajo de parto no se asocia a cesárea.

(Anexo 3)

## RESULTADOS

### Nacimientos:

Vía de nacimiento	Numero	Pacientes inducidas.	Porcentaje
Eutocicos Vaginales	817	40	2.81%
Distocico Vaginal	65	5	0.35%
Cesárea	538	38	2.67%
Total de nacimientos	1420	83	5.84%

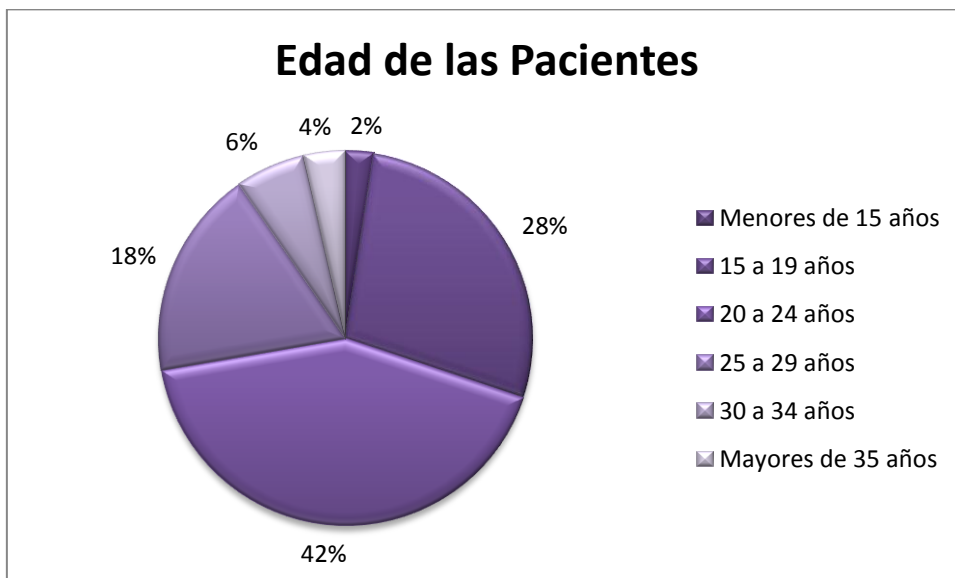


Durante el mes de Agosto del 2010 a Enero del 2011 se atendieron un total de 1420 nacimientos de los cuales 83 se incluyeron en el estudio por presentar embarazo de más de 41 semanas de gestación sin trabajo de parto sin patologías. Este número representa el 5.84% del total de nacimientos en este periodo.



**Edad:**

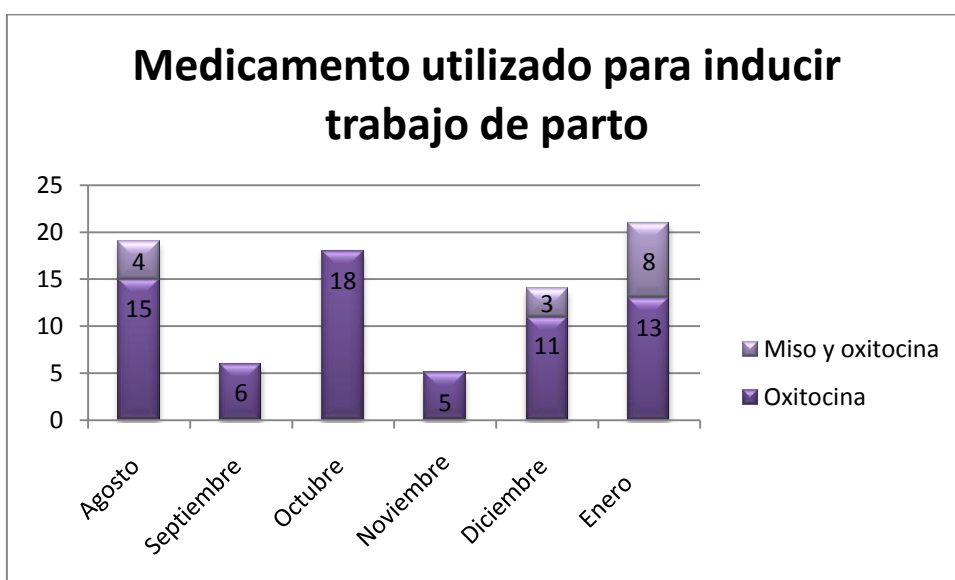
<b>Edad</b>	<b>Pacientes</b>
Menores de 15 años	2
15 a 19 años	23
20 a 24 años	35
25 a 29 años	15
30 a 34 años	5
Mayores de 35 años	3
<b>Total</b>	<b>83</b>



Las pacientes tenían en su mayoría una edad entre 20 a 24 años, representando el 42% del total de pacientes inducidas.

### Medicamento utilizado para inducir trabajo de parto:

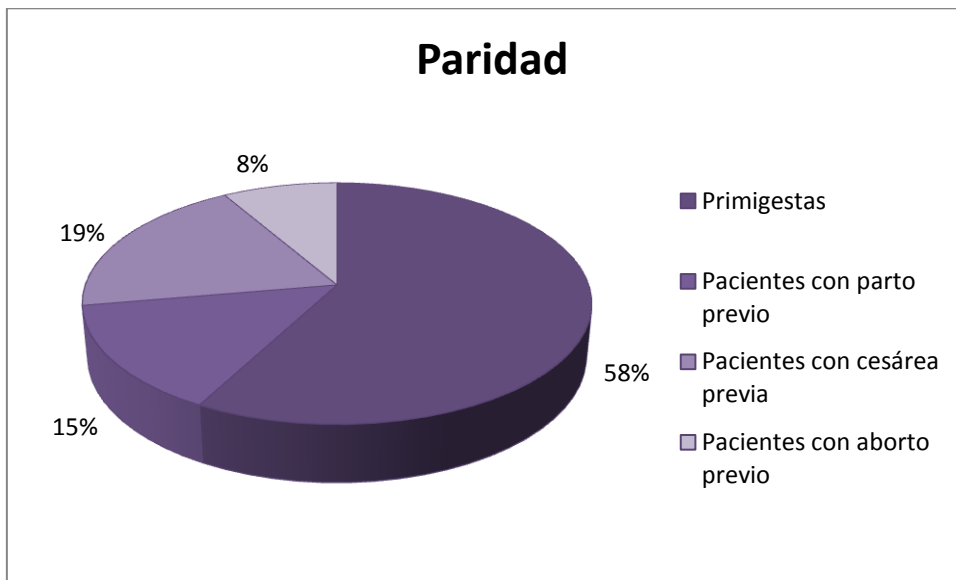
Mes	Oxitocina	Miso y oxitocina	Total
<b>Agosto</b>	15	4	19
<b>Septiembre</b>	6	0	6
<b>Octubre</b>	18	0	18
<b>Noviembre</b>	5	0	5
<b>Diciembre</b>	11	3	14
<b>Enero</b>	13	8	21
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>15</b>	<b>83</b>



El esquema que se uso en la mayoría de las pacientes fue el de oxitocina sola que representa el 82% de las pacientes inducidas. El esquema de misoprostol dosis única y oxitocina solo se uso en el 18% de las pacientes.

### Paridad:

Primigestas	48
Pacientes con parto previo	12
Pacientes con cesárea previa	16
Pacientes con aborto previo	7
<b>Total</b>	<b>83</b>



En su mayoría las pacientes sometidas a inducción de trabajo de parto eran primigestas ocupando el 58% de las pacientes.

### Según su antecedente.

Antecedente.	Via parto	Via cesarea
Primigesta.	25	23
Aborto previo	4	3
Cesarea previa	6	10
Parto previo	10	2
Total	45	38

La principal via de nacimiento fue la via parto en un 54.2%, la via cesarea fue en un 45.7%, de estos 5 partos osea el 12.5% fueron distócicos vaginales por uso de Forceps.

Las pacientes primigestas tuvieron en su mayoría parto como via de interrupcion 52% y Cesarea en un 48%. De las pacientes con cesarea previa la principal via de nacimiento cesarea en un 68.5% y parto en un 37.5%. De las pacientes con parto previo la principal via de nacimiento fue el parto en un 83% y cesarea en un 17%

**Induccion de trabajo de parto por mes, via de nacimiento y fármaco utilizado en cada caso.**

Agosto. 19	Cesáreas 12	Miso/oxi 0
		Oxitocina 12
	Parto 7	Miso/oxi 4
		Oxitocina 3

Septiembre 6	Cesáreas 2	Miso/oxi 0
		Oxitocina 2
	Parto 4	Miso/oxi 0
		Oxitocina 4

Octubre 18	Cesáreas 7	Miso/oxi 0
		Oxitocina 7
	Parto 11	Miso/oxi 0
		Oxitocina 11

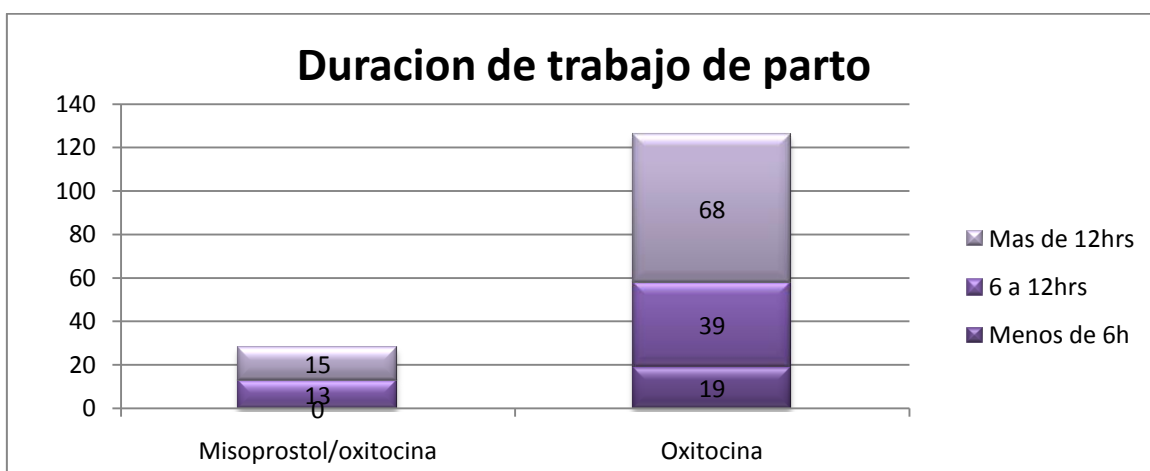
Noviembre 6	Cesáreas 4	Miso/oxi 0
		Oxitocina 4
	Parto 2	Miso/oxi 0
		Oxitocina 2

Diciembre 14	Cesáreas 5	Miso/oxi 2
		Oxitocina 3
	Parto 9	Miso/oxi 1
		Oxitocina 8

Enero 21	Cesáreas 13	Miso/oxi 5
		Oxitocina 8
	Parto 8	Miso/oxi 3
		Oxitocina 5

### Duración de trabajo de parto:

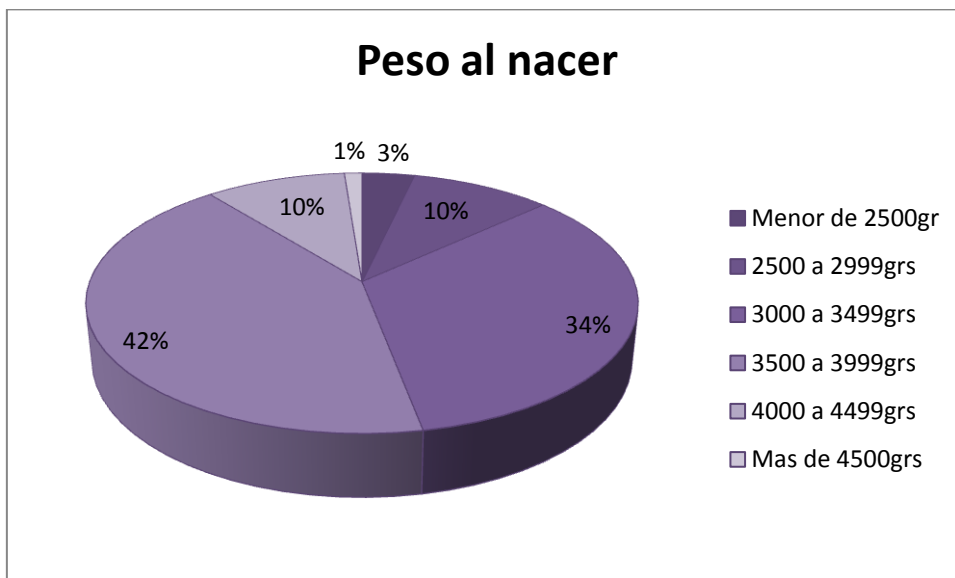
Duración en hrs	Misoprostol/oxitocina	Oxitocina
Menos de 6h	0	19
6 a 12hrs	13	39
Mas de 12hrs	2	10
	15	68



En ambos esquemas la duración de inducción y conducción de trabajo de parto fue en un periodo de 6 y 12hrs promedio.

**Peso:**

<b>Peso</b>	<b>Numero.</b>
Menor de 2500gr	3
2500 a 2999grs	8
3000 a 3499grs	28
3500 a 3999grs	35
4000 a 4499grs	8
Mas de 4500grs	1
Total	83

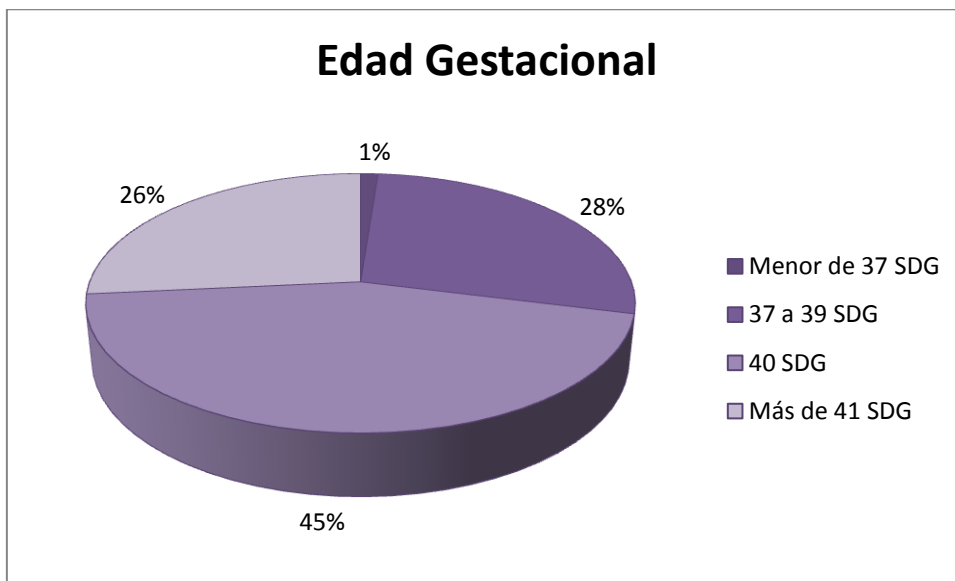


El peso de los productos en su mayoría fue de 3500 a 3900grs en un 43%, se presentaron 9 casos de productos macroscópicos representando un 10.8% de los productos que se obtuvieron durante este periodo en la población de muestra, coincidiendo con el porcentaje de macrosomía esperado de las 38 a las 40 semanas de gestación.



### Edad gestacional por Capurro:

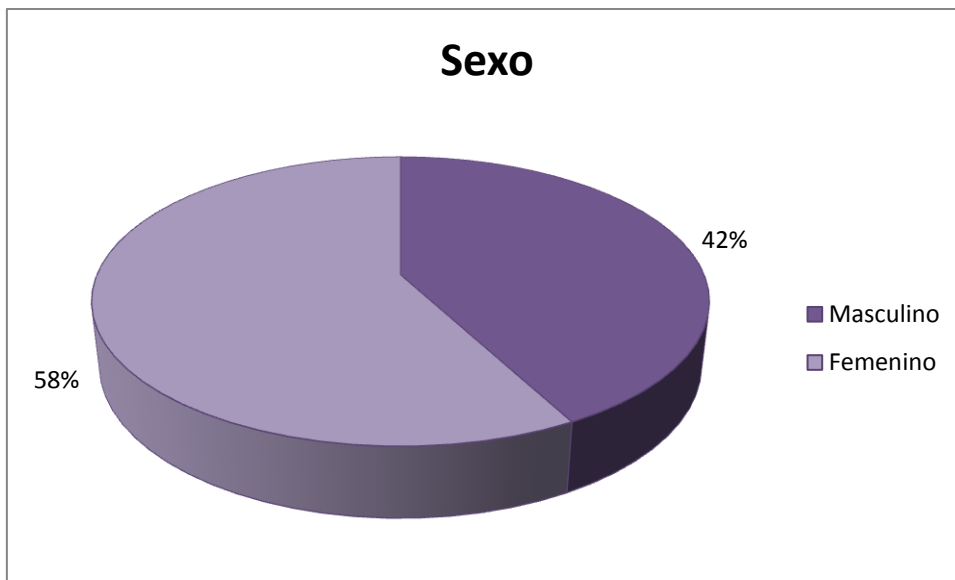
Edad por Capurro	Numero.
Menor de 37 SDG	1
38 a 39 SDG	23
40 SDG	37
Más de 41 SDG	22
Total	83



Solo se presentaron 22 casos de productos mayores de 41 Semanas de gestación calificadas por capurro (26%). Y un solo caso de menor de 37 semanas de gestación por capurro (1.2%).

**Sexo:**

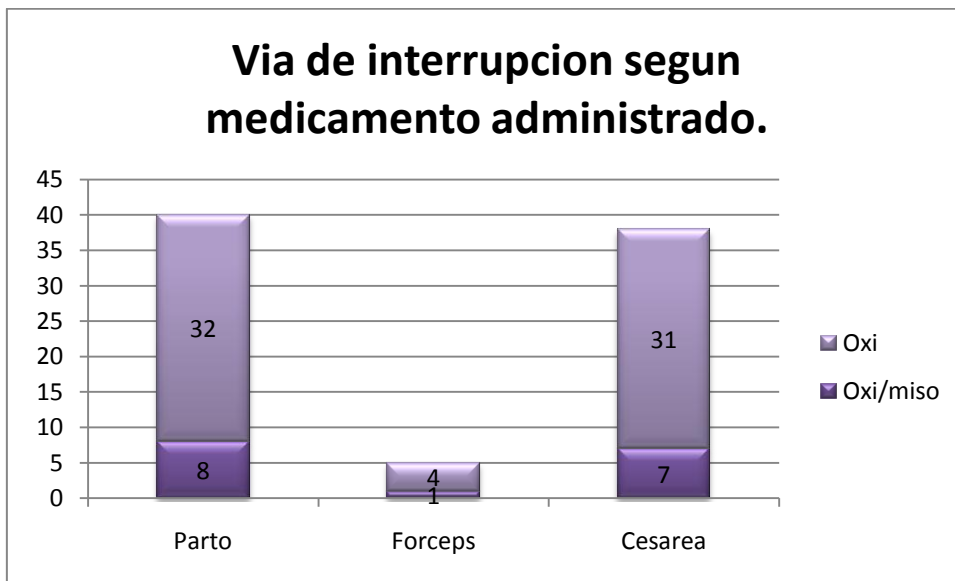
<b>Sexo</b>	<b>Numero</b>
<b>Masculino</b>	35
<b>Femenino</b>	48
<b>Total</b>	<b>83</b>



El sexo predominante de los productos fue femenino en un 58%.

### Vía de nacimiento y medicamento administrado:

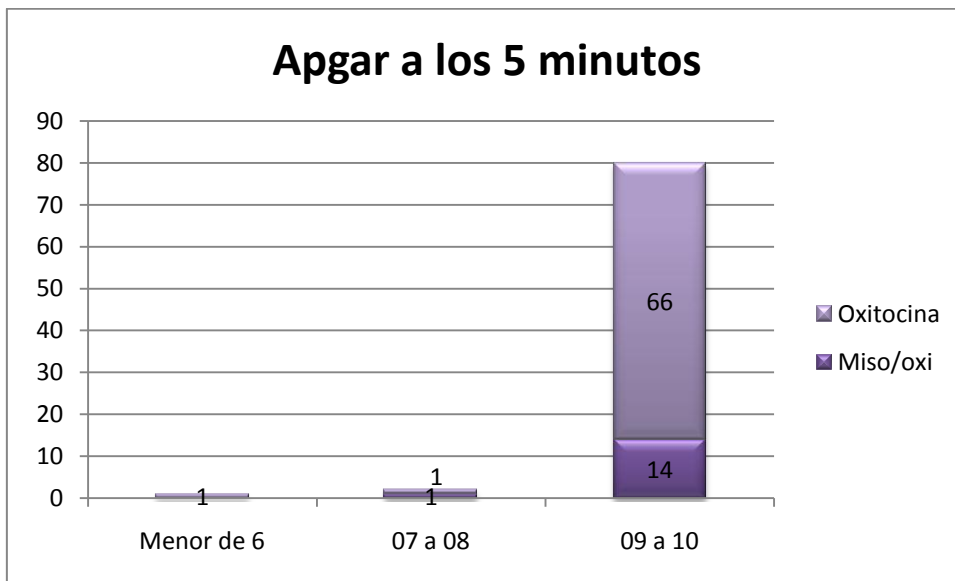
Vía de nacimiento	Oxi/miso	Oxi	Total
Parto	8	32	40
Forceps	1	4	5
Cesarea	7	31	38
Total	16	67	83



En ambos esquemas la principal via de nacimiento fue vaginal 45 casos (54.2%) presentando 5 casos de uso de fórceps (6%).

### Apgar a los 5 min

Apgar.	Miso/oxi	Oxitocina	Total
Menor de 6		1	1
7-8	1	1	2
9-10	14	66	80
Total	15	68	83



Solo se reporto 3 casos con Calificación de Apgar a los 5 minutos menor de 8 (9.6%) y solo un caso se reporto con Apgar menor de 7 a los 5 minutos (1.2%)

## **Discusión**

En nuestro país no hay criterios de manejo establecidos y aceptados de manera homogénea para el tratamiento del embarazo de 41 semanas o más, por lo que se tiende a sobre diagnosticarlo e incrementar de manera considerable la tasa de cesáreas en su resolución. Esto se refleja en una elevación de la morbilidad materna y de los costos de hospitalización. (2)

En Tacoma Washington se realizó un estudio sobre inducción electiva de parto en pacientes con embarazo de término y bajo riesgo, del 01 junio de 1999 al 26 de enero de 1998. Este estudio demostró que la inducción electiva de trabajo de parto en nulíparas aumenta el riesgo de cesárea, así como el tiempo de hospitalización y los costos en pacientes con parto vía vaginal. (13)

Desde 1983 hasta 1996, la tasa de inducción alrededor del mundo varía de 7.5 a 26% con tendencia al incremento en los últimos años (13)

Estudios realizados hace años indican que alrededor de un 11% del total de los embarazos termina después de las 42 semanas. Sin embargo, cuando se emplea la ecografía para verificar con mayor seguridad la edad gestacional, el índice de embarazos posttérmino es menor.(8)

## **Conclusión**

Las pacientes inducidas en su mayoría fueron pacientes primigestas en donde la proporción de cesáreas y parto fue casi la misma.

Las pacientes con cesárea previa en su mayoría tuvieron vía de nacimiento cesárea.

Solo el 26% del total de pacientes presento embarazos mayores de 41 semanas de gestación por capurro.

De los 43 partos solo 5 fueron distócicos vaginales por empleo de fórceps.

Solo se presento 1 laceración de 4to grado de esas cinco aplicaciones.

La inducción de trabajo de parto no se relaciona a mayor número de cesáreas que partos vaginales.



## ANEXO 2



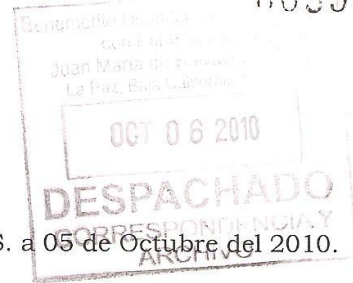
Benemérito  
Hospital General con Especialidades  
"Juan María de Salvatierra"



003944

# MEMORANDUM

La Paz, B.C.S. a 05 de Octubre del 2010.



**PARA: C. DRA. BLANCA AURORA SAVIN GAMEZ -R3 de G.O.**

Por medio de la presente, solicito a usted de manera urgente sea entregado a la mayor brevedad posible al departamento de Enseñanza la siguiente información, sobre el avance de Tesis que a usted compete.

Lo anterior procede de acuerdo a los procedimientos necesarios para lograr su titulación oportuna ante la UNAM:

Dicha información deberá contemplar los siguientes datos.

- Constancia de Asesor firmada. ✓
- Aceptación del comité de Enseñanza, Investigación y Ética.
- Registro de la investigación.
- Formato de Tesis establecida por la UNAM.  
([http:// bc.unam.mx/](http://bc.unam.mx/)).

Addendum, se anexa copia del memorandum emitido por el departamento de Enseñanza.

Sin mas por el momento le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE.**

**DR. CARLOS ARRIOLA ISAIS.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.

C.c.p.- Dr. Mauricio Padilla Ramírez – Jefe de G.O.  
C.c.p.- Dr. Gustavo J. Farías Noyola – Jefe de Enseñanza e Investigación.  
C.c.p.- Archivo.



### ANEXO 3

## CÁLCULO DEL TEST CHI-CUADRADO PARA TABLAS DE CONTINGENCIA 2 X 2

		Factor 1		Total
		induccion	Sin induccion	
Factor 2	Parto	45	837	882
	Cesare	38	500	538
	Total	83	1337	1420

#### Porcentajes de fila

		Factor 1		Total
		induccion	Sin induccion	
Factor 2	Parto	5,1%	94,9%	100,0%
	Cesarea	7,1%	92,9%	100,0%
	Total	5,8%	94,2%	100,0%

#### Porcentajes de columna

		Factor 1		Total
		induccion	Sin induccion	
Factor 2	parto	54,2%	62,6%	62,1%
	cesarea	45,8%	37,4%	37,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-cuadrado	2,34	p= 0,1265
Con corrección de Yates	1,99	p= 0,1581

## **Bibliografía.**

1. Aníbal Faúndes, **Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología.** FLASOG, 2da Edición Marzo 2007 Pág. 8
2. Flavio Hernández-Castro, Luis David Álvarez-Chávez, Victoria Martínez-Gaitán, Raúl Cortés **Embarazo de 41 semanas o mayor. Manejo ambulatorio con gel de prostaglandina E2** Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social 2008; 46 (2): 191-194
3. José Roberto Ahued Ahued **Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia 2003. Embarazo con amenorrea prolongada.** Tercera edición impresa Marketing y publicidad de México Pág. 81-82
4. Carlos Armando Félix Baez Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. **Inducto conducción de trabajo de parto.** 2006 primera edición Editorial Mc Graw Hill interamericana Pág. 97-113
- 5.- Ana C. Filloy Et al. **Inducción en la gestación prolongada.** Ginecologia y Obstetricia Clinica Barcelona 2003; 4(1): 29-33
- 6.- Luis Sanchez Ramos, Felicia Oliver, Isaac Delke y Andrew M. Kaunitz, **Labor induction Versus Expectant management for postterm pregnancies: a sistematic review with Meta Analysis** The American college of Obstetricians and Gyenecologists, 2003 Vol 101 N 6 Junio 2003 1312-1318
- 7.- James M. Alexander Et al. **Prolonged Pregnancy: Induction of Labor and Cesarean Births** *Obstetrics & Gynecology* VOL. 97, NO. 6, junio 2001 911-915
- 8.- Fernando **Arias Guia practica para el embarazo y el parto de alto riesgo** 2da edición 1991 editorial Harcourt Brace Pág.151-162
- 9.- ACOG Practice Bulletin Number 55, september 2004 **Management of postterm pregnancy** (pp 665-671) 2006 compendium of selected publications.
- 10.-Otoniel Fajardo Rodriguez, Inalvis Humaran Martinez, Manuel Piloto Morejon. **Induccion del parto con oxitocina prostaglandinas o ambas** Revista Cubana Obstetricia y Ginecologia 2001; 27 (2):135-140
- 11.-Bernardo Fernandez Dilone **La oxitocina en el trabajo de parto. Estado actual de la inducto-conduccion.** Revista Medica Dominicana Volumen 35 N2 pp 38-44

**12.-**Jason Gardosi, Tracey Vanner Andy Francis **Gestational age and induction of labour for prolonged pregnancy.** British journal of Obstetrics and Gynaecology July 1997, Vol 104 pp 792-797

**13.-**Arthur S. Maslow, Amy L Sweeny **Elective Induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low risk women at term.** Obstetrics and Gynecology. Vol 95, N6 Part 1 June 2000.

**14.-** Eduardo Valenti Guías de manejo Inducción de trabajo de parto. Revista del hospital infantil Ramon Sarda 2002 21 (2) pp 75-91

**15.-**Runa Heimstand, Eirik skogvoll, Lars Ake Mattsson, ole Jakob Johansen Sturla H. Eik Nes Kjell A Salvesen **Induction of labor or serial antenatal Fetal Monitoring in Posterm** Pregnancy American College of Obstetrics and Gynecology Vol 109 N 3 March 2007 Pp 609-617