

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



“DESCANSO TERAPEUTICO PARA EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN FASE
LATENTE PROLONGADA. “

TESIS

Para obtener el grado de médico especialista en:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

DRA. AYME AGUILAR FUERTE

Asesor clínico:

DR. JOSÉ ANTONIO SERENO COLÓ

Asesor Metodológico:

DRA. MARÍA TERESA TINOCO ZAMUDIO

MORELIA, MICHOACÁN

30 DE ENERO DEL 2017



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dr. Raúl Leal Cantú

Director del Hospital General “Dr. Miguel Silva”

4433210154 drlealcantu@hotmail.com

Dr. José Luis Zavala Mejía.

Jefe De Enseñanza del Hospital General “Dr. Miguel Silva”

3172997 drjoseluis4@hotmail.com

Dr. Adolfo Leyva López.

Jefe De Servicio Ginecología Y Obstetricia.

4432091363 leyvalopez@gmail.com

Dr. José Antonio Sereno Coló

Profesor Titular Del Curso de Ginecología y Obstetricia.

Asesor clínico.

3129499 serenoc@prodigy.net.mx

Dra. María Teresa Tinoco Zamudio.

Asesor Metodológico

4433788720 mtstz@hotmail.com

Dra. Ayme Aguilar Fuerte

Autor

4432737074 ayme.gyo@gmail.com

DEDICATORIA

A mi familia ☺

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que siendo ellos de humilde origen y totalmente ajenos al ámbito de la Medicina, me han dado las herramientas suficientes para enfrentarme a las adversidades y, sobre todo, nunca han dejado de creer en mí. A mis hermanos que, a pesar de los pleitos y diferencias en el pensamiento, siempre han tenido las palabras para sacarme de mis momentos más oscuros.

A todos mis maestros, Médicos Adscritos al Servicio de Ginecología y Obstetricia, que a pesar de mi temperamento y en ocasiones mal comportamiento, tuvieron paciencia y nunca me dejaron de ser mi guía.

A todos mis compañeros residentes, que se han convertido en mi segunda familia, pero sobre todo a Marian que siempre fue mi mayor admiración al ser madre y residente a la vez, y siempre tener la fuerza suficiente para sonreírle a la vida; y a Carolina, que con su honestidad me ha mostrado que en la vida no debes tener miedo a decir lo que piensas.

A las instituciones que me han formado, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo que me dio las bases como Médico Cirujano y Partero que me han permitido llegar hasta éste punto, siempre “Cuna de Héroe, crisol de Pensadores”. Y a mi segundo hogar por 4 años, el Hospital General “Dr. Miguel Silva” que, con todo y sus defectos y carencias, nunca dejó de ponerme un nuevo reto en el día a día de mi residencia.

A la vida, que me ha dado la oportunidad de conocer una minúscula parte de su inmensidad; a la muerte, que me ha otorgado tiempo suficiente para disfrutar lo que hago y sobre todo para alcanzar mis ambiciosos objetivos. Y finalmente, al amor, que ha sido mi motor principal y sin el cual no podría apreciar la belleza en cada uno de los momentos donde el resto del mundo solo puede ver dolor y sufrimiento.

INDICE

☪ Resumen.....	1
☪ Antecedentes del problema.....	2
○ Fisiología de la contractilidad uterina.....	2
○ Trabajo de parto.....	4
○ Periodos del trabajo de parto.....	7
○ Trabajo de parto en fase latente.....	9
○ Manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada.....	10
☪ Problema.....	12
☪ Objetivos.....	13
☪ Justificación.....	14
☪ Material, Métodos y Diseño del estudio.....	15
☪ Resultados.....	33
☪ Discusión.....	48
☪ Conclusiones.....	52
☪ Recomendaciones.....	54
☪ Referencias bibliográficas.....	55
☪ Anexos.....	58

RESUMEN

En el Hospital General “Dr. Miguel Silva” se tienen registrados 5129 nacimientos en el 2015, de los cuales 3039 fueron partos eutócicos (59.5%). Las Guías de Práctica clínica nos estableces los lineamientos para atender a las pacientes con trabajo de parto en Fase activa, sin embargo, no se hace mención al manejo que se debe establecer cuando la mujer se encuentra con Trabajo de Parto en Fase latente (TDPFL). El TDPFL se define como la fase donde la actividad uterina que era regular disminuye su frecuencia y fuerza. El TDPFL prolongada se presenta en Nulíparas por >18horas con 3-6cm dilatación y en múltiparas >10.7horas con 4-6cm dilatación; se estima que el TDPFL prolongada tiene una incidencia de 4-6%. El TDPFL prolongada puede ser manejado en tres formas: de forma expectante, estimulando las contracciones uterinas y mediante el descanso terapéutico. El descanso terapéutico consiste en el uso de analgésico opioide para aliviar la incomodidad de la paciente y permitir la progresión del trabajo de parto mientras ella está descansando o dormida. Se calcula que del 69 al 85% de las mujeres con éste manejo a las 6 horas se despertarán con trabajo de parto en fase activa. El analgésico opioide más utilizado es la morfina. Con el objetivo principal de establecer la utilidad del descanso terapéutico para el manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, se realizó un estudio de tipo Clínico, farmacológico, analítico, prospectivo, longitudinal, donde se incluyeron a todas las pacientes con TDPFL Prolongada que cumplan los criterios de inclusión, hospitalizadas de octubre a diciembre del 2016; se les administró 10mg Intramusculares de morfina como dosis única, y se revaloró a las 6 horas la progresión del trabajo de parto utilizando escala de BISHOP. Se procesó la información con el programa estadístico SSPS versión 20. Se realizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas se empleó medidas de tendencia centra y de dispersión; para las variables cualitativas se utilizó proporciones y porcentajes. En estadística inferencial se utilizó t de Student para variables cuantitativas y Chi 2 para variables cualitativas. La información se presentó en tablas y gráficos.

ANTECEDENTES

FISIOLOGIA DE LA CONTRACCIÓN UTERINA

El útero es un órgano muscular, constituido por fibras musculares lisas dispuestas en espiral que permiten que la contracción pueda transmitirse de forma vertical desde el fondo del útero hacia la vagina y vulva. El aparato contráctil está constituido por las fibras musculares lisas uterinas, semejantes a las fibras musculares estriadas, pero con dos diferencias importantes:

1. La respuesta contráctil del músculo uterino es más lenta que la del músculo estriado, por la menor concentración de sustancias energéticas.

2. La capacidad de estiramiento y acortamiento de la fibra uterina es mayor.

Las fibras musculares lisas están formadas por diferentes estructuras, entre las que destacan los filamentos gruesos de miosina. La miosina, proteína contráctil, está formada por dos cadenas pesadas y cuatro cadenas ligeras. La actina se encuentra en otra estructura filamentosa de la fibra uterina, pero a diferencia de los anteriores, estos se denominan filamentos finos. Se han encontrado diversas sustancias proteicas de características contráctiles que están situadas en este nivel y que en las fibras del músculo estriado tienen una acción conocida e importante, que no se han descrito para la fibra uterina; se trata de la troponina, la desmina, la filamina y la vimentina.

En resumen, la miosina fosforilada en una de sus cadenas cortas se fija a la actina, con un consumo de energía que se obtiene a partir del hidrólisis del ATP. Esta interacción actina-miosina, además, necesita la presencia del ión calcio (Ca^{+2}). Si la "Cinasa de la cadena ligera de la miosina" es la enzima clave para la contracción uterina, existe otra enzima para la relajación, se trata de la "Fosfatasa de la cadena ligera de la miosina", cuya función es precisamente extraer el fósforo de la cadena ligera de la miosina; de esta forma, la actina no puede fijarse a la miosina y no se origina la actomiosina, relajándose la fibra uterina. La intensidad de la contracción se debe esencialmente a los niveles de Ca^{+2} , que permiten una mayor o menor interacción de la actina y la miosina. El calcio intracelular debe aumentar al menos diez veces su concentración para que la fibra muscular pase de una

situación de reposo a otra de contracción; para ello se necesitan diversos mecanismos que permitan la entrada del Ca^{+} desde el espacio extracelular al intracelular, en lo que se denominan canales de calcio. Muy recientemente, Pierce¹³ ha descrito que la progresiva acidificación del medio intracelular con respecto al extracelular, como consecuencia de la actividad uterina progresiva, modificaría el paso del Ca^{+} , y por consiguiente reduciría la intensidad de las contracciones.

La contracción uterina no debe ser permanente, sino que debe seguirse de una fase de relajación. Para que ello pueda producirse, la concentración de calcio intracelular debe reducirse a niveles mínimos, por movimiento de éste a través de la membrana citoplasmática y por el secuestro del mismo hacia el interior del retículo sarcoplásmico. Este mecanismo de intercambio de Ca^{+} transmembrana es favorecido por los denominados mecanismos de salida ligados al intercambio competitivo con otros iones, como el magnesio y el sodio, sin necesidad de consumo energético. En el aspecto de la relajación, la desactivación de las proteínas G y la actuación de la AMPc (adenosina monofosfato cíclico), que actuaría como segundo mensajero, desempeñan un papel importante en la relajación de la fibra lisa uterina. La AMPc actuaría desfosforilando la cadena ligera de la miosina, favoreciendo la salida de Ca^{+} de la célula, y favoreciendo el aumento de Ca^{+} en el retículo sarcoplásmico.

El parto se caracteriza por contracciones uterinas, intensas, frecuentes y regulares, que afectan a todas las células musculares del miometrio, pero no en igual intensidad ni duración. Durante el embarazo el útero se contrae, pero lo hace de manera irregular e incoordinada, y por esta razón resultan ineficaces para desencadenar el trabajo de parto. La contracción se inicia a partir de una sola célula muscular, que es capaz de estimularse espontáneamente a partir de una despolarización de su membrana. Esta fibra uterina se convierte en marcapasos. Al despolarizarse adquiere un potencial de acción, con una actividad eléctrica que se propaga a las células siguientes. Esta transmisión de los potenciales de acción es posible gracias a la existencia de las llamadas Uniones estrechas (*gap junctions*) que contienen sustancias proteicas, llamadas “conexinas”, capaces de unirse con las de otra célula, formando canales intercelulares permeables a iones inorgánicos

y segundos mensajeros. La formación de las uniones estrechas se induce durante la gestación por la acción de los estrógenos y las prostaglandinas¹.

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto se inicia cuando la actividad uterina es suficiente en frecuencia, intensidad y duración, para generar cambios en el cuello uterino. Es un proceso mediante el cual se expulsa a los productos de la concepción. Desde el punto de vista clínico se acepta que el parto se inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y de cierta intensidad, con un mínimo de dos contracciones uterinas perceptibles por la molestia que producen (intensidad superior a 30 mmHg), cada 10 minutos, con un cuello borrado en más del 50 % de su trayecto y con 2 cm de dilatación en la nulípara y 3 cm en la múltipara. Para el entendimiento, se distinguen 4 factores que influyen en el inicio del trabajo de parto:

1) Factores maternos.

La Oxitocina mantiene concentraciones entre 3 y 10 μ U/ml durante el embarazo, pero solo al final se manifiesta su acción biológica, induciendo contracciones, de poca intensidad y presentación irregular, denominada de Braxton-Hicks. Se considera que la sensibilidad del útero a la oxitocina se debe a un incremento notable del número de receptores intracitoplasmáticos a la misma y a un aumento de las Uniones estrechas en las primeras fases del parto, y una vez ya iniciada la actividad uterina, la producción de oxitocina aumenta, de modo que primero se puede llegar a valores de 20 mU/ml y posteriormente, cuando el proceso de dilatación se encuentra en su fase media (4-5 cm), se alcanzan los máximos niveles de oxitocina, aproximadamente 40 mU/ml.

En referencia a las prostaglandinas, hay dos prostaglandinas que influyen especialmente en estos mecanismos: la E2 y la F2a. Las membranas fetales y la decidua son la principal fuente de las prostaglandinas, ya que son uno de los principales depósitos celulares de ácido araquidónico

Los factores físicos que pueden influir en el desencadenamiento del parto son la distensión de la fibra uterina y el descenso de la presentación y su compresión en la zona del segmento inferior estimula el ganglio neurológico de Lee-Frankenhäuser, que desencadena un arco reflejo que a través de la médula estimula el hipotálamo, induciendo el aumento de producción de oxitocina (reflejo de Ferguson).

2) Factores uterinos.

Desde el punto de vista funcional, en el útero se diferencian tres zonas: en primer lugar, el fondo, con un miometrio grueso, y con una reserva importante de sustancias energéticas y proteínas contráctiles. Una segunda zona el segmento inferior, situado en una parte central, y que se limitará a transmitir las contracciones uterinas, con poca actividad contráctil en sí mismo pero que permitirá acomodar, fijar y dirigir la presentación del feto. Y por último el cuello uterino, que deberá transformarse completamente desde su función de resistencia y cierre que tiene durante todo el embarazo, hasta una situación de reblandecimiento que permitirá su dilatación a partir del inicio de las contracciones uterinas. Los dos factores uterinos que más se modifican durante la gestación y el parto son:

- a. Factores miometriales. La fibra uterina se distiende durante toda la gestación hasta llegar a un límite de excitabilidad desencadenante de pequeñas y aisladas contracciones uterinas que progresivamente y no sólo por esta razón, sino también por el aumento de la sensibilidad a las sustancias oxitócicas, y a la pérdida de los sistemas de bloqueo de la dinámica uterina.
- b. Factores cervicales. La dinámica uterina no sería suficiente si en el momento oportuno el cuello uterino no cambiara su composición bioquímica y esto comportara cambios morfológicos. El desencadenante del proceso de maduración cervical se debe buscar a nivel bioquímico, en donde la acción de las

prostaglandinas es esencial, principalmente la PGE2 y las prostaciclina o PGI. Uno de los aspectos fundamentales de la maduración cervical es la práctica desaparición de las fibras colágenas del cuello uterino, mediante la acción de las colagenasas, conocidas como metaloproteinasas-1, estimuladas al final del embarazo por aumento de los estrógenos. Al mismo tiempo, los glucosaminoglucanos, componente esencial en la cohesión histológica del cuello uterino, varían su composición; desaparecen el dermatán-sulfato y el condroitín-sulfato, y aumenta considerablemente el ácido hialurónico. Conjuntamente con el incremento de agua a nivel del tejido cervical le da al mismo una textura blanda y frágil en los días precedentes al parto que permite el borramiento y la dilatación.

3) Factores ovulares.

Las membranas ovulares y la decidua modifican su actividad bioquímica al final de la gestación y principalmente en el inicio del parto. Estas células, al final del embarazo, producen un aumento del estradiol a partir de la estrona, por activación específica del sistema 17,20-hidroxiesteroide deshidrogenasa.

4) Factores fetales.

El feto es la produce la hormona adrenocorticotropa (ACTH), posiblemente inducida por la CRH, que estimularía la producción de cortisol. El cortisol activa enzimas placentarias para la biosíntesis de estrógenos a partir de la progesterona. El aumento en la relación estrógenos:progesterona estimula a la placenta para sintetizar Prostaglandina F2 alfa ^{1,2,4,5}.

Todos estos cambios pueden ser divididos en 4 fases para su estudio:

- Fase 0 Inhibidores activos. Donde el útero es mantenido en un estado funcional quiescente a través de la acción de varios inhibidores, principalmente progesterona, prostaciclina, relaxina, péptido relacionado a paratohormona, óxido nítrico, adrenomedulina, péptido intestinal vasoactivo.
- Fase 1 Activación miometrial. A medida que el término del embarazo se acerca, el útero se vuelve más activo en respuesta a uterotónicos como los estrógenos. Esta fase se caracteriza por la expresión de una serie de Proteínas Asociadas a la Contracción (incluyendo receptores miometriales a oxitocina y prostaglandinas), activación de canales iónicos específicos y un incremento en la Conexina-43. El incremento en las uniones Gap lleva a una sincronía eléctrica entre las células miometriales.
- Fase 2 Fase de estimulación. Después de la activación, el útero puede ser estimulado por la oxitocina o las prostaglandinas E2 y F2 para contraerse.
- Fase 3 Fase de Involución. La involución uterina ocurre después del parto mediada principalmente por la oxitocina⁵.

PERÍODOS DEL PARTO

El parto inicia gradualmente cuando las contracciones de Braxton Hicks incrementan su intensidad y frecuencia al final del embarazo. Estas contracciones inician 4-8 semanas antes del parto. Aproximadamente dos semanas antes del parto, la cabeza fetal se orientará al estrecho superior y se encajará ³. Se considera que el trabajo activo del parto se divide en tres períodos que mantienen una continuidad clínica.

Período de dilatación

Es el intervalo de tiempo que transcurre desde el inicio de las contracciones uterinas que producen las primeras modificaciones del cuello uterino, hasta alcanzarse la dilatación completa. La duración de este período es variable, dependiendo de la paridad y de las características maternas y fetales. Desde los trabajos de Friedman se considera que la duración media de este período en la gestante nulípara oscila entre 12 y 14 horas, con pequeñas variaciones, y en la gestante multípara entre 6 y 8 horas.

El período de dilatación, puede subdividirse en dos fases: la primera se denomina fase latente y se caracteriza por una evolución lenta de la dilatación y en ella se producen esencialmente todos los cambios cervicales que facilitarán la posterior progresión rápida de la dilatación, termina cuando el cuello se encuentra totalmente borrado y con una dilatación de unos 2-3 cm. Tiene una duración aproximada de unas 8 horas en la gestante nuligesta y de unas 5-6 horas en las multíparas.

Tras esta fase se inicia la denominada Fase activa, que corresponde al parto clínico propiamente dicho y que termina con la dilatación completa. Se caracteriza por un incremento de la frecuencia, la intensidad y la duración, acompañado con una mayor rapidez en la progresión de la dilatación (aproximadamente 1 cm por hora)⁴. Recientemente, en un esfuerzo por evitar intervenciones innecesarias, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha recomendado que la fase activa del trabajo de parto se define como a partir de 6cm de dilatación^{3,7}.

Período expulsivo

Se inicia cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la expulsión del feto. En este período se produce la máxima actividad uterina. La duración media es de un máximo de 60 minutos en la nuligesta y de 30 minutos en la multípara.

Alumbramiento

Inicia con la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta y los anexos ovulares. En este período el útero siga contrayéndose, en menor intensidad, para desprender y luego expulsar la placenta y lograr una contracción del útero que evite cualquier hemorragia posterior. La placenta se desprende y expulsa aproximadamente en 15 minutos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que una placenta debe expulsarse en un tiempo máximo de 60 minutos ^{4,6}.

Hay pruebas convincentes de que la duración de la fase latente y fase activa del parto son clínicamente relevantes y que éstas por lo tanto requieren enfoques coherentes a medida. Recientemente la ACOG publicó que la velocidad del trabajo de parto es más lenta a lo que históricamente se creía. Actualmente, basados en

los estudios de Zhag et al.^{26,27}, se sabe que la velocidad en la dilatación varía de 0.5-0.7cm/hr en nulíparas y 0.5-1.3cm/hr en multíparas; además, se concluyó que la fase activa del trabajo de parto no inicia hasta por lo menos 6cm de dilatación cervical, tanto en mujeres nulíparas como multíparas^{7,11,12}.

TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE

El trabajo de parto en fase latente (TDPFL) inicia cuando la mujer percibe contracciones uterinas dolorosas regulares, las cuales gradualmente reblandecen, borra y dilata el cérvix. Aún existe controversia cuando se intenta establecer la dilatación que define ésta fase. La mayoría de los autores la definen con una dilatación menor a 4cm; para Zagh et al^{26, 27}., ésta fase se presenta con menos de 6cm de dilatación. En lo que si se acepta en todos es que la actividad uterina debe ser regular, dolorosa, presentándose una a dos contracciones cada 8-10 minutos; con duración variable^{7,8,9,14}.

TDPFL Prolongada

El trabajo de parto en fase latente prolongada ha sido definido por Friedman como un TDPFL por más de 20 horas en nulíparas y más de 14 horas en multíparas. Los estudios de Zhag también ha cambiado estos límites definiendo al TDPFL prolongada para Nulíparas >18horas con 3-6cm dilatación y en multíparas >10.7horas con 4-6cm dilatación; se estima que el TDPFL prolongada tiene una incidencia de 4-6%^{8, 10, 14,26,27}.

Factores de riesgo asociados a TDPFL Prolongada

Cérvix desfavorable 50%, Deshidratación, Variedad de posición occipitoposterior o transversa, Nulíparas, Edad materna mayor a 35 años, Analgesia obstétrica^{8, 13,15,16, 22}

Complicaciones asociadas al TDPFL

Las pacientes que son hospitalizadas en fase latente del trabajo de parto tienen mayor porcentaje de intervenciones obstétricas, comparadas con aquellas que

ingresan con fase activa. Las intervenciones más frecuentes son el uso de oxitocina (34% vs 21%), amniotomía (39% vs 22%), cesárea (35% vs 24%), desgarros perineales y cervicales (19% vs 16%), hemorragia postparto (18 vs 7%), Sufrimiento fetal (24.4% vs 10%)^{10,13,17,23}, APGAR menor a 7 a los 5 minutos (17% vs 3%), admisión a UCIN (21% vs 1%)^{20,23}.

MANEJO DE LA FASE LATENTE PROLONGADA

Actualmente no existe una guía para el manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada. La mayoría de los médicos continúan utilizando el esquema de Friedman establecido hace más de 50 años, que es la administración de oxitocina^{10, 17}.

Existen tres opciones terapéuticas para el manejo de la fase latente prolongada^{8, 13, 14,19}:

1. Manejo expectante.

Consiste en observar la evolución natural del TDP sin intervención médica adicional.

2. Estimulación del trabajo de parto.

Consiste en utilizar varios métodos para estimular las contracciones uterinas. Los más comunes son la amniotomía y la administración de oxitocina²⁵. Según la OMS ésta última debe iniciarse a dosis bajas y bajo criterio médico. Éste se indica en aquellas pacientes con contraindicación al manejo expectante, falla en el descanso terapéutico, mujeres con embarazo mayor a 41 semanas de gestación¹⁷. Se calcula que, con éste manejo, hasta un 70% de las pacientes evolucionan a una fase activa luego de 6 horas⁸. Uno de los mayores riesgos con éste manejo es que se induzca el trabajo de parto a aquellas mujeres que se encuentran con contracciones preparto (Braxton Hicks), con lo que el riesgo de cesárea se ve incrementado.

3. Descanso terapéutico.

Involucra el uso de analgésico opiode para aliviar la incomodidad de la paciente y permitir la progresión del trabajo de parto mientras ella está descansando o dormida. Se calcula que del 69 al 85% de las mujeres con

éste manejo a las 6 horas se despertarán con trabajo de parto en fase activa, 10% se diagnosticarán como falso trabajo de parto y un 5% continuarán con patrones disfuncionales del TDP^{8,19,24}.

El medicamento más utilizado es la Morfina vías Subcutánea de 15 a 20mg o intramuscular 10mg (0.15mg/kg de peso)^{8,13,24}. La analgesia con morfina IM aparece a los 10-20 minutos, y sus efectos duran de 2.5 a 4 horas. En contraste, vía IV, los efectos aparecen 3-5 minutos luego de su administración y duran aproximadamente 1.5 a 2 horas. Los efectos maternos secundarios asociados a su uso son: depresión respiratoria, sedación, euforia, náusea, vómito, retención urinaria, disminución del peristaltismo. Por esto es importante evaluar bien a la paciente para evitar administrar morfina durante la fase activa del trabajo de parto. Cuando se indica apropiadamente, la morfina es segura y efectiva. Para evitar los efectos secundarios gastrointestinales, se puede indicar el uso de medicamentos procinéticos.

Otras opciones de medicamentos son la Hidroxicina 50-100mg VO o IM, Difenhidramina 50mg VO o Zolpidem 5-10mg VO¹⁷. También se indica la hidratación parenteral para evitar la deshidratación y la cetosis; a dosis de 250ml/hora¹⁵.

Tanto el manejo con oxitocina como el descanso terapéutico fueron introducidos por Friedman y aún son válidos; sin embargo, no existen estudios suficientes que demuestren la superioridad de uno sobre el otro. Por lo que ambas modalidades son aceptadas en la comunidad internacional. En sus estudios, Friedman establece que ambos manejos son buenos, pero prefería el descanso terapéutico porque éste permitía detectar a las pacientes con falso trabajo evitando así inducciones innecesarias¹⁷.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva” la principal demanda de consulta y hospitalización es la atención del Trabajo de Parto. En el 2015 se atendieron 5129 nacimientos, de los cuales 3039 se trató de partos eutócicos.

Según lo establecido en las Guías de Práctica Clínica “Vigilancia y manejo del Parto” y “Reducción de la Frecuencia en Operación Cesárea” las mujeres con trabajo de parto deben ser hospitalizadas para su atención con Trabajo de Parto en Fase Activa, el cual se logra al alcanzar 6cm de dilatación, se establecen las directrices necesarias hasta lograr la resolución del embarazo y egreso hospitalario. Dichas guías no hacen mención del manejo que se debe de dar a las pacientes que se encuentran en trabajo de parto en fase latente, es decir, con menos de 5cm de dilatación.

Actualmente, en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” a todas las pacientes que se encuentren en ésta etapa del trabajo de parto se les valora en Urgencias Obstétricas de forma periódica una vez que se ha establecido una actividad uterina regular. Se pide a las pacientes acudan a valoración cada 3-4 horas, que mantengan una adecuada hidratación y reposo relativo. Sin embargo, dichas indicaciones no son seguidas al pie de la letra, ya que las pacientes se encuentran ansiosas con su trabajo de parto, de tal manera que su trabajo de parto se desarrolla tórpido, llegando a presentar incluso alteraciones en los patrones de frecuencia cardiaca fetal por el ayuno autoimpuesto y la deshidratación de las pacientes. Éstas alteraciones muchas veces representan un motivo de ingreso y cesárea de urgencia.

A nivel internacional existen Guías donde se incluye el manejo del Trabajo de Parto en Fase Latente Prolongada (TDPFL prolongada); dentro de éstos se tiene una opción terapéutica poco conocida llamada “Descanso Terapéutico” (Therapeutic rest) el cual consiste en Hospitalizar a la paciente con fase latente prolongada, brindarle alimentos, líquidos intravenosos y un medicamento que le

permita conciliar el sueño pese a la actividad uterina. Se ha visto que este manejo favorece la progresión del trabajo de parto. Actualmente en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” para el manejo del TDP FL prolongada se aplica a criterio médico el esquema Tradicional de Friedman, que es iniciar conducción del trabajo de parto con oxitocina. Éste manejo conlleva al uso prolongado de oxitocina, incrementando el riesgo de Hipotonía uterina y hemorragia obstétrica secundaria, cesárea de urgencia por alteración en los patrones de FCF, distocias dinámicas del trabajo de parto y aumento de los efectos adversos en la madre por el uso de fármacos. Con todo lo anterior, el descanso terapéutico representa una buena opción en el manejo del TDPFL prolongada, sin embargo, existe poca evidencia que sustente su aplicación en nuestro medio.

Por lo que se plantea el siguiente problema: ¿El descanso terapéutico favorece la progresión del trabajo de parto con fase latente prolongada y evita complicaciones tanto a la madre como el producto?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Establecer la utilidad del descanso terapéutico para el manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada, conocer la resolución obstétrica y resultados perinatales.

Objetivos específicos:

1. Conocer la frecuencia, distribución y características de las pacientes con TDP FL prolongada del Hospital General “Dr. Miguel Silva”.
2. Determinar la evolución favorable del trabajo de parto en fase latente prolongada a las 6 horas con escala de BISHOP.
3. Identificar los posibles efectos adversos asociados al tratamiento.
4. Conocer la resolución obstétrica de la paciente y los resultados perinatales.

HIPÓTESIS METODOLÓGICA

El descanso terapéutico favorece la evolución del trabajo de parto en fase latente prolongada.

JUSTIFICACIÓN

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva” se tiene que el 76.5% de las pacientes son hospitalizadas para interrupción del embarazo ya sea vía vaginal o vía cesárea. De éstos el 59.5% son partos y 39.5% son cesáreas. Existe una entidad poco diagnosticada que es el Trabajo de parto en fase latente prolongada, a nivel internacional se estima que del 4-6% de las pacientes con trabajo de parto se presentan en fase latente prolongada. En el Hospital General Dr. Miguel Silva actualmente no se cuenta con estadística que nos permita establecer la magnitud del problema, así mismo tampoco existe una Guía de manejo en caso de ser diagnosticada. Lo que si se tiene bien establecido, es que las pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada tienen un mayor número de intervenciones obstétricas, como lo son los tacto vaginales numeroso o las cesáreas de urgencia principalmente por sufrimiento fetal, que se sabe son dos de las principales demandas de Violencia Obstétrica; también, se ha visto que éstas pacientes tienen un mayor riesgo de Hemorragia obstétrica. Todo esto se ve reflejado en el mayor índice de cesáreas y en mayor tiempo de estancia intrahospitalaria.

Con el presente proyecto se pretende conocer no solo la frecuencia de esta patología, si no también valorar las modalidades terapéuticas no aplicadas en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, las cuales se ha visto disminuyen las complicaciones asociadas al trabajo de parto en Fase Latente prolongada.

Finalmente, y con los resultados obtenidos, proponer una guía de manejo para éstas pacientes que pueda ser aplicada a la población del Hospital General

“Dr. Miguel Silva”; favorecer la disminución en el índice de cesáreas, la frecuencia de la Hemorragia postparto asociada al uso prolongado de oxitocina.

Éste proyecto es clasificado éticamente de mínimo riesgo ya que es un medicamento ampliamente conocido, con pocos efectos adversos para la madre y el producto. Existe evidencia de que el uso de opioides en el embarazo (por periodos prolongados, por su efecto acumulativo) tiene un riesgo relativo bajo para el desarrollo de Síndrome de abstinencia neonatal en asociación a otros factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo materno). Por lo que, es de entender que una monodosis no incrementa el riesgo de síndrome de abstinencia para el RN.

Es factible la realización de éste proyecto ya que se cuenta con todo el equipo para la valoración de las pacientes, procedimientos no invasivos, sin costo para las pacientes y considerado de corta estancia intrahospitalaria (6 a 8 horas) para su ejecución.

MATERIAL, MÉTODOS Y DISEÑO

Tipo de estudio

Clínico, farmacológico, analítico, prospectivo, longitudinal

Universo o población.

Mujeres con embarazo a término en trabajo de parto on fase latente prolongada.

Sitio de realización del estudio

Hospital General Dr. Miguel Silva

Muestra.

Tamaño de la muestra = 5129 nacimientos registrados en el año 2015.

Nivel de confianza= 95%

Precisión = 8%

Proporción = 5% del estimado para Trabajo de Parto en Fase latente prolongada.

Tamaño muestral = 28

Proporción esperada de pérdidas = 15%

MUESTRA AJUSTADA A PÉRDIDAS = 33 pacientes.

Criterios de inclusión:

Embarazo mayor a 38 semanas de gestación.

Trabajo de parto en fase latente prolongada: Nulíparas ≥ 18 horas con 3-6cm dilatación y en multíparas ≥ 10.7 horas con 4-6cm dilatación.

RCTG Clase I

Producto en presentación cefálica.

Embarazó único.

Paciente hemodinámicamente estable.

Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

Paciente con Cesárea previa con periodo intergenésico corto

Paciente con Cesárea iterativa (más de dos cesáreas)

Con diagnóstico de DCP por pelvimetría clínica.

Productos con presentaciones anómalas (Pélvicos, transversos, presentaciones compuestas)

Embarazo múltiple.

Ruptura prematura de membranas.

Pacientes con condiciones médicas crónicas.

RCTG clase II y III

Que no aceptan firmar el consentimiento informado.

Alergias conocidas.

Criterios de eliminación:

Pacientes que revoquen su consentimiento previo al procedimiento.

Pacientes cuya información clínica, patológica o de gabinete se encuentre incompleta.

Definición de variables y unidades de medida:

Objetivo específico	Variable de estudio	Clasificación de variable	Unidades de medida
Conocer la frecuencia, distribución y características de las pacientes con TDP FL prolongada del Hospital General "Dr. Miguel Silva".	Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
	Edad de la menarca	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
	Inicio de Vida sexual activa	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
	Gesta	Cuantitativa discreta	Números enteros
	Partos	Cuantitativa discreta	Números enteros
	Abortos	Cuantitativa discreta	Números enteros
	Cesáreas	Cuantitativa discreta	Números enteros
	Edad gestacional	Cuantitativa continua	Número fraccional
	Horas en TDPFL	Cuantitativa discreta	Números enteros
Determinar la evolución favorable del trabajo de parto	Características cervicales		
	- Dilatación	Cuantitativa discreta	Números enteros

en fase latente prolongada a las 6 horas con escala de BISHOP	- Borramiento	Cuantitativa discreta	Porcentaje
	- Altura de la presentación (1ro, 2do, 3er Plano de Hodge)	Cualitativa ordinal	Marcar una cruz
	- Posición del cérvix Anterior Central Posterior	Cualitativa nominal	Marcar con una cruz
	- Consistencia del cérvix Duro Intermedio Blando	Cualitativa nominal	Marcar con una cruz
	BISHOP	Cuantitativa discreta	Números enteros

Índice de BISHOP, es una puntuación que valora las características del cuello uterino en el trabajo de parto. Valora 5 parámetros: dilatación, borramiento, posición del cérvix, consistencia del cérvix y altura de la presentación; se asigna una puntuación de 0 a 3 según las características encontradas.

	0	1	2	3
Dilatación cm	0	1-2	3-4	≥5
Borramiento %	0-30	40-50	60-70	≥80
Altura de la presentación	Libre	I	II	III
Posición	Posterior	Central	Anterior	
Consistencia	Duro	Reblandecido	Blando	

Identificar los posibles efectos adversos asociados al tratamiento.	Efectos adversos en la madre. <ul style="list-style-type: none"> - Náusea - Vómito - Retención urinaria - Disminución del peristaltismo - Depresión respiratoria - Ninguna 	Cualitativa nominal	Marcar con una cruz
	Efectos adverso producto <ul style="list-style-type: none"> - SFA - RCTG clase II - RCTG Clase III - Ninguna 	Cualitativa nominal	Marcar con una cruz
Conocer la resolución obstétrica de la paciente y los resultados perinatales.	Horas totales en trabajo de parto activo.	Cuantitativa discreta	Números enteros
	Resolución Parto Cesárea Falso trabajo de parto	Cualitativa nominal	Marcar con una cruz
	Tiempo total en conducción con oxitocina.	Cuantitativa continua	Números fraccionales
	APGAR 1' APGAR 5' Silverman	Cuantitativa discreta	Números enteros

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.

La fuente de información principal fueron los pacientes que aceptaron participar en el estudio previamente aceptado por el Comité de Ética e Investigación de este hospital. Se seleccionaron las pacientes con embarazo de término con trabajo de parto en fase latente prolongada (Nulíparas >18horas con 3-6cm dilatación y en multíparas >10.7horas con 4-6cm dilatación), que acudieron a urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión, que firmen el consentimiento informado. Se informó ampliamente a la paciente sobre el procedimiento que se le realizará, así como el riesgo/beneficio del mismo.

Se realizó valoración obstétrica y se estableció el índice de BISHOP inicial. Se tomó RCTG para corroborar bienestar fetal y actividad uterina la cual debió tener contracciones regulares de 2-3 en 10 minutos con intensidad mayor a 30mmHg y menor a 70mmHg. Se indicó a la paciente la ingesta de alimento antes o durante su hospitalización. En hospitalización se monitorizó la presión arterial, frecuencia cardiaca materna y fetal. Pacientes con vía periférica permeable, se inició manejo de solución cristaloides (Hartmann) 1000cc p/4hrs y se administró de forma subcutánea una dosis única de morfina a 15mg.

A las 6 horas se realizó una nueva valoración de las características cervicales y su progresión o falta de progresión utilizando el puntaje de BISHOP. Las pacientes con progresión del trabajo de parto pasaron al área de tococirugía para conducción y atención del parto. Aquellas pacientes con falta de progresión se valoró interrupción del embarazo vía parto o cesárea a criterio médico. En aquellas pacientes donde se diagnosticó Falso Trabajo de Parto se dieron de alta hospitalaria con datos de alarma a la paciente y previo RCTG para corroborar bienestar fetal. Finalmente se registró la resolución obstétrica y los resultados perinatales con valoración por Puntaje de APGAR al minuto y a los 5 minutos y la valoración de Silverman.

Toda la información obtenida se anotó en la hoja de recolección de datos.

Análisis estadístico

Se procesó la información con el programa estadístico SSPS versión 20. Se realizó estadística descriptiva, para variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión; para las variables cualitativas se utilizaron proporciones y porcentajes. En estadística inferencial se utilizó t de Student para variables cuantitativas y Chi 2 para variables cualitativas.

Aspectos éticos

El protocolo se sometió a la evaluación del Comité de Ética del Hospital General "Dr. Miguel Silva" y se realizó bajo los lineamientos que rigen la investigación clínica, apegado a la Ley General de Salud de México en materia de la investigación, considerándose de riesgo menor. Se cumplieron los aspectos de anonimato, respeto, consentimiento informado y apego a todos los principios bioéticos vigentes. Quedando por escrito en la hoja de consentimiento informado que la administración de monodosis de morfina en el embarazo no implica mayor riesgo para el producto.

Reglamento de la Ley General de Salud:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse bajo las siguientes bases:

1. Se ajustará a principios científicos y éticos que la justifiquen.
2. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
3. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
4. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.

5. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señale.
6. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
7. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y de bioseguridad en su caso.
8. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaría.

Declaración de Helsinki

Última revisión mayo 2015

Introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi

- paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
 5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
 6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
 7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
 8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
 9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
 10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional

disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.
13. Los grupos que están sub-representados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.
17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios

previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio

correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del

comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y

voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.
28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.
29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.
30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir

a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.
32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:
 - a. Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o
 - b. Cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar

intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Organización de la investigación

	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene
Elaboración del PROYIN	x					
Aprobación por el comité de ética		x				
Ejecución del proyecto.			x	x	x	
Procesamiento y análisis de resultados						x
Redacción y presentación						x

Recursos humanos:

Pacientes del Hospital General "Dr. Miguel Silva"

Médicos adscritos y residentes de Ginecología y Obstetricia.

Enfermera en turno en Hospitalización.

Recursos materiales:

Hoja de recolección de datos

Aguja hipodérmica

Jeringa

Equipo para RCTG

Cateter intravenosos punzocat

Equipo venoclisis normogotero

Solución Hartmann 1000ml

Metoclopramida ampula 10mg

Morfina frasco 20ml

Presupuesto

Morfina

Frasco 200mg/20ml. (10mg/ml) = \$370

20 Dosis por frasco >>> \$18.5 cada dosis x 33 = \$610.5 Pesos

Solución hartmann 1000cc

Precio \$20x33= \$660

Solución hartman 500cc

Precio \$16x33=\$528

Metoclopramida Amp 10mg

Precio \$5 x33 = \$165

Jeringas

\$3x33= \$99

Venoclisis

Punzocat = \$297

Normogotero = \$333

Presupuesto: \$2692

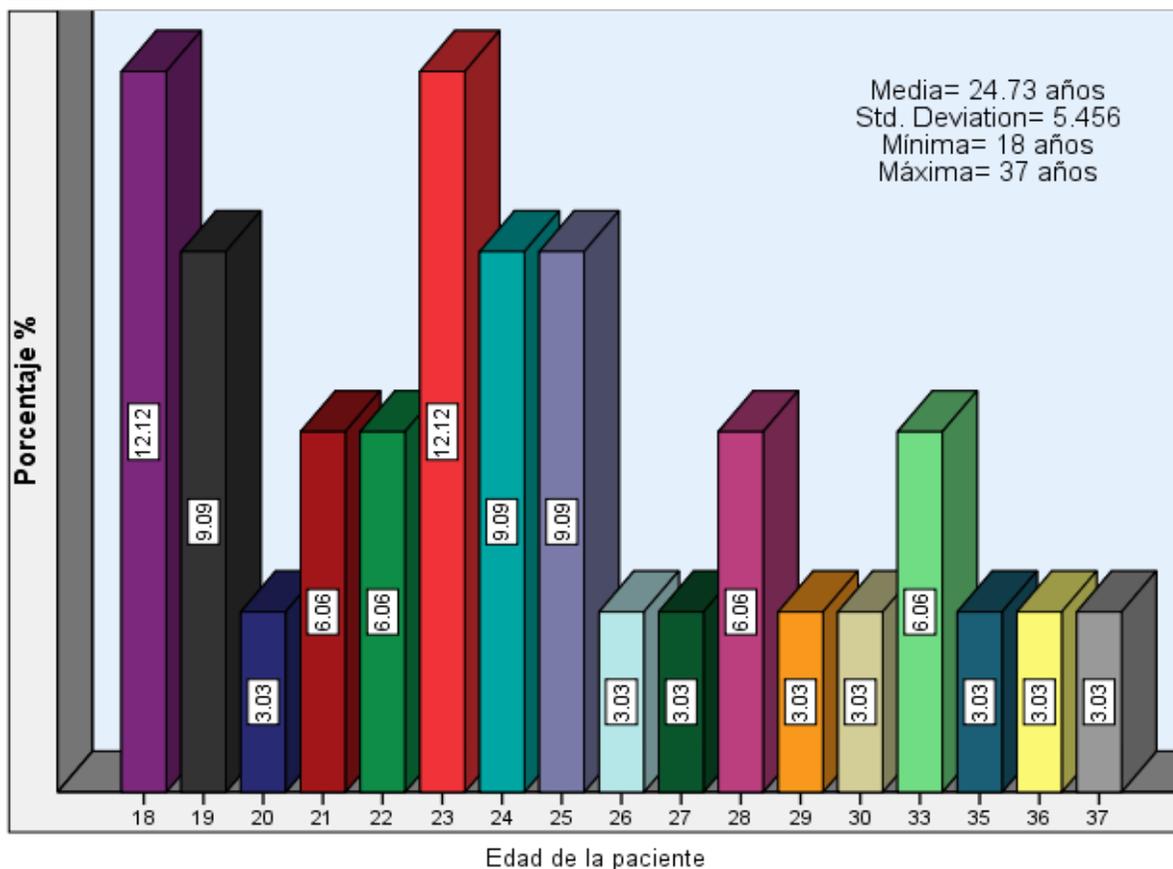
Todo lo anterior fue cubierto en su totalidad por el seguro popular.

RESULTADOS

En el presente estudio se realizó del periodo de noviembre a diciembre del 2016, donde se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de trabajo de parto en fase latente prolongada, obteniendo los siguientes resultados.

La edad promedio de las pacientes fue de 24.73 años, con un rango de 18 a 37 años de edad, como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 1. Distribución en porcentaje edad de pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General "Dr. Miguel Silva". Noviembre a diciembre del 2016.

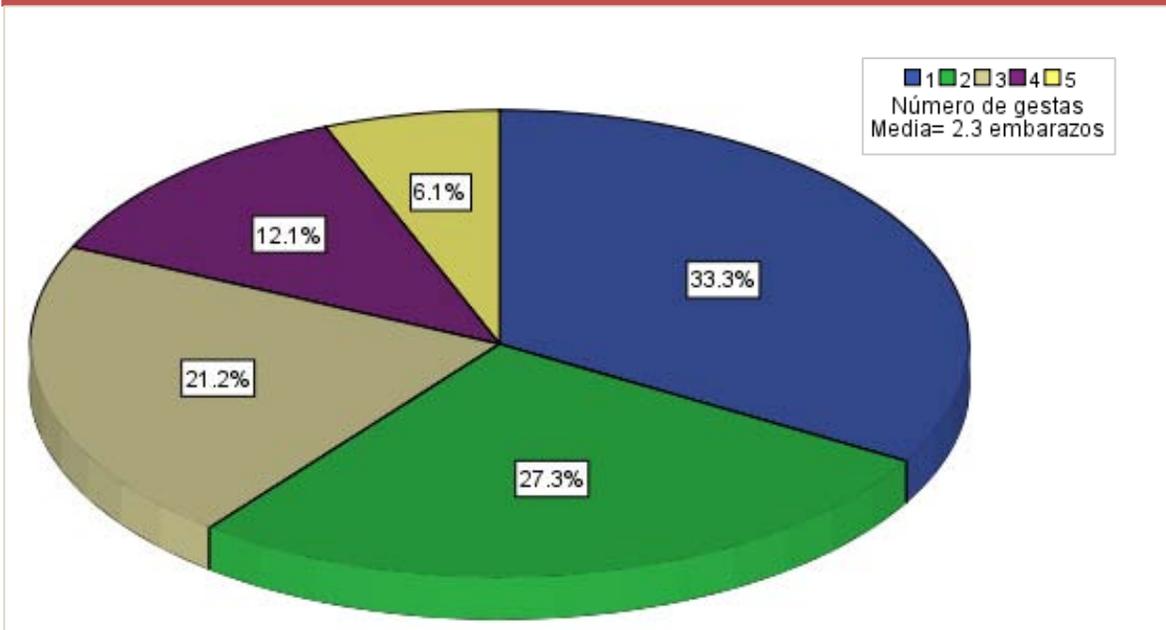


Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

La media de edad de presentación de la menarca fue de 12.3 años. La edad de inicio de vida sexual activa promedio fue de 17.3 años, con una desviación estándar de 2.9 años.

Dentro de los antecedentes obstétricos, el promedio para gestas fue de 2.3; mientras que para partos, abortos y cesáreas fue de 0.88, 0.27 y 0.15 respectivamente, siendo las pacientes primigesta con un 33.33% las más frecuentes.

Gráfica 2. Distribución en porcentaje total de gestas en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

La edad gestacional promedio fue de 39.5 semanas de gestación. El promedio de horas con trabajo de parto en fase latente fue de 20.3 horas.

Al analizar si la edad de la paciente se relaciona con el desarrollo de una fase latente prolongada, se obtiene una p de 0.156, lo cual no es estadísticamente significativo, se concluye que la edad de la paciente no se relaciona con el desarrollo de trabajo de parto en fase latente prolongada. A sí mismo se realizó el análisis del total de gestas y su relación con la fase latente, encontrando que no existe relación entre estas variables ($p = 0.322$). De igual manera no se encontró diferencia estadística significativa entre el número de nacimientos vía vaginal y la edad gestacional con la fase latente prolongada ($p=0.235$ y 0.428 respectivamente).

En cuanto a las características de ingreso de las pacientes, el promedio de dilatación cervical fue de 3.42cm, con la siguiente distribución.

Tabla 1. Distribución en frecuencia y porcentaje dilatación de ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

Dilatación (cm)	Frecuencia	Porcentaje %
3cm	21	63.6
4cm	10	30.3
5cm	2	6.1
Total	33	100.0

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Para el borramiento, se ingresaron pacientes con un promedio de 65.45% de borramiento, con la siguiente distribución.

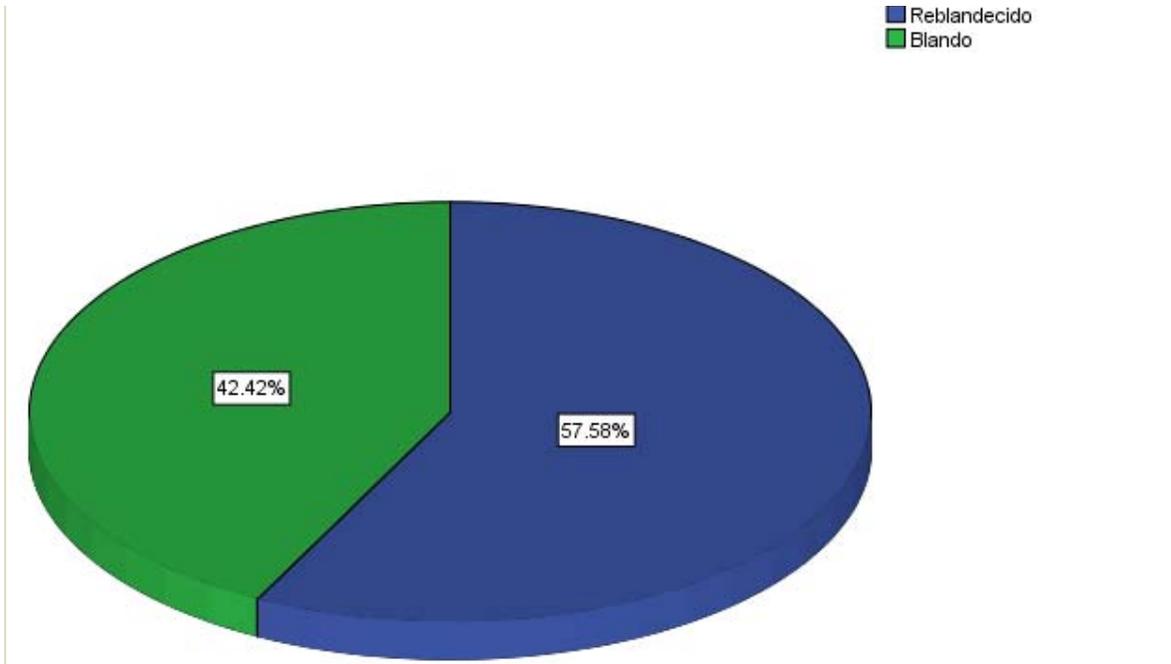
Tabla 2. Distribución en frecuencia y porcentaje borramiento de ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

Borramiento (%)	Frecuencia	Porcentaje %
40	3	9.1
50	5	15.2
60	2	6.1
70	17	51.5
80	6	18.2
Total	33	100.0

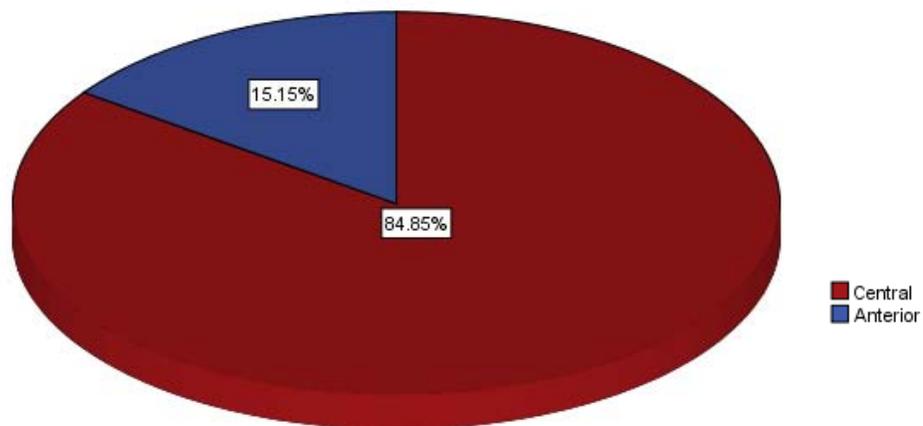
Fuente: Base de datos de proyecto de investigación. Noviembre a diciembre del 2016

La consistencia del cérvix al ingreso, una consistencia reblandecida lo más frecuente fue reblandecido, con un 57.6%; la posición del cervical más frecuente de ingreso fue central con 84.8%; y la altura de la presentación más frecuente fue el II plano de Hodge con 87.9%.

Gráfica 3. Distribución en porcentaje consistencia del cérvix al ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

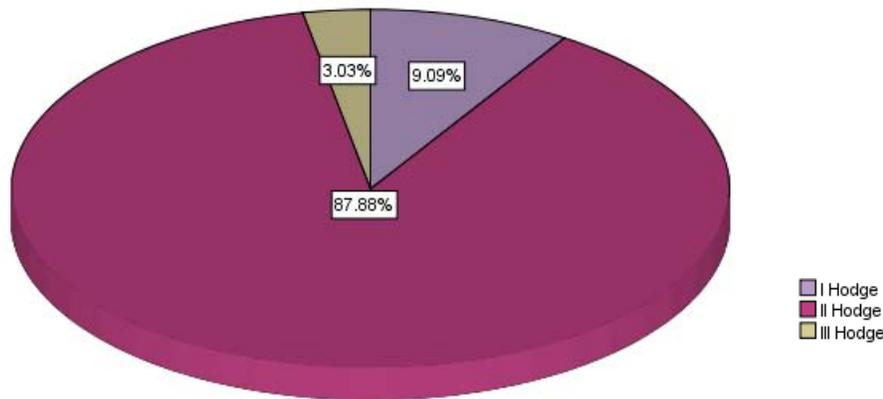


Gráfica 4. Distribución en porcentaje posición del cérvix al ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Gráfica 5. Distribución en porcentaje altura de la presentación al ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Por último, el índice de BISHOP promedio al ingreso fue de 8.36 puntos, siendo un puntaje de 8 el más frecuente con un 48.5%, seguido de 9 puntos con un 15.2%.

Tabla 3. Distribución en frecuencia y porcentaje índice de BISHOP de ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

Puntos	Frecuencia	Porcentaje %
6	3	9.1
7	3	9.1
8	16	48.5
9	5	15.2
10	2	6.1
11	4	12.1
Total	33	100.0

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

A las 6 horas se revaloró a las pacientes encontrando una media para la dilatación de 6.79cm. Al hacer el análisis comparativo destaca que, de las 21 pacientes

(63.6%) que ingresaron con 3cm de dilatación, el 47.6% (n=10) progresaron hasta 6cm de dilatación, las pacientes con 4cm de ingreso el 60% (n=6) progresaron hasta 8cm y todas las pacientes que ingresaron con 5cm de dilatación completaron 10cm al finalizar las 6 horas.

Tabla 4. Comparación de la frecuencia y porcentaje dilatación de ingreso vs la dilatación a las 6 horas en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

Dilatación de ingreso (cm)		Dilatación a las 6 horas (cm)							Total
		3m	5cm	6cm	7cm	8cm	9cm	10cm	
3cm	Frecuencia	3	3	10	1	1	3	0	21
	%	14.3%	14.3%	47.6%	4.8%	4.8%	14.3%	0.0%	100.0%
4cm	Frecuencia	0	2	0	0	6	0	2	10
	%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	60.0%	0.0%	20.0%	100.0%
5cm	Frecuencia	0	0	0	0	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Al realizar el estudio comparativo de la dilatación de ingreso y a las 6 horas, se encontró que existe diferencia estadística significativa ($p=0.000$)

En cuanto al borramiento a las 6 horas, el 93.9% de las pacientes ya se encontraban con un cérvix blando. Destaca que aquellas pacientes que ingresaron con un 40% de borramiento (9.1%) el 66.7% progresaron hasta un 80% de borramiento; y aquellas que ingresaron con 50% de borramiento (15.2%) el 40% (n=2) progresaron a 70% y otro 40% (n=2) completaron el proceso de borramiento.

Tabla 5. Comparación de la frecuencia y porcentaje borramiento de ingreso vs el borramiento a las 6 horas en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016

			Borramiento a las 6 horas					Total
			40%	70%	80%	90%	100%	
Borramiento de ingreso	40%	Frecuencia	1	0	2	0	0	3
		%	33.30%	0.00%	66.70%	0.00%	0.00%	100.00%
	50%	Frecuencia	0	2	0	1	2	5
		%	0.00%	40.00%	0.00%	20.00%	40.00%	100.00%
	60%	Frecuencia	0	1	1	0	0	2
		%	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	70%	Frecuencia	0	2	10	3	2	17
		%	0.00%	11.80%	58.80%	17.60%	11.80%	100.00%
	80%	Frecuencia	0	0	2	4	0	6
		%	0.00%	0.00%	33.30%	66.70%	0.00%	100.00%

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Al realizar el estudio comparativo del borramiento de ingreso y a las 6 horas, se encontró que existe diferencia estadística significativa ($p=0.000$).

En cuanto a los hallazgos en la consistencia cervical a las 6 horas un 93.9% tenían un cérvix blando; destaca que aquellas pacientes que ingresaron con un cérvix reblandecido (57.6%, $n=19$) el 89.5% ($n=17$) progresaron a una consistencia blanda, como se muestra a continuación.

Tabla 6. Comparación de la frecuencia y porcentaje consistencia cervical de ingreso vs la consistencia a las 6 horas en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva” de nov. a dic. del 2016

			Consistencia cervix a las 6 horas		Total
			Reblandecido	Blando	
Consistencia del cervix al ingreso	Reblandecido	Frecuencia	2	17	19
		%	10.5%	89.5%	100%
	Blando	Frecuencia	0	14	14
		%	0.0%	100%	100%

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación. Noviembre a diciembre del 2016

Al realizar el estudio comparativo a la consistencia de ingreso y a las 6 horas, se encontró que no existe diferencia estadística significativa ($p=0.210$).

Con lo que respecta a la posición del cérvix, del total ($n=28$) de las pacientes que ingresaron con un cérvix central, el 85.7% (24) de éstas a las 6 horas ya estaba central y sólo el 14.3% (4) continuó sin cambios.

Tabla 7. Comparación de la frecuencia y porcentaje posición cervical de ingreso vs la posición a las 6 horas en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016

			Posición del cérvix a las 6 horas		Total
			Central	Anterior	
Posición del cérvix al ingreso	Central	Frecuencia	4	24	28
		%	14.3%	85.7%	100%
	Anterior	Frecuencia	0	5	5
		%	0.0%	100.0%	100%

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Al hacer el estudio comparativo, no se encontró diferencia estadística al concluir el estudio ($p=0.367$).

Para la altura de la presentación a las 6 horas, se obtuvieron los siguientes resultados: el 57.6% presentó un producto en tercer plano de Hodge, el 39.4% en segundo plano de Hodge y solo el 3.03% en primer plano.

A las 6 horas destaca que el 58.6% de las pacientes que ingresaron con un producto en segundo plano de Hodge, a las 6 horas se encontraba en tercer plano de Hodge.

Tabla 8. Comparación de la frecuencia y porcentaje de ingreso vs a las 6 horas altura de la presentación en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

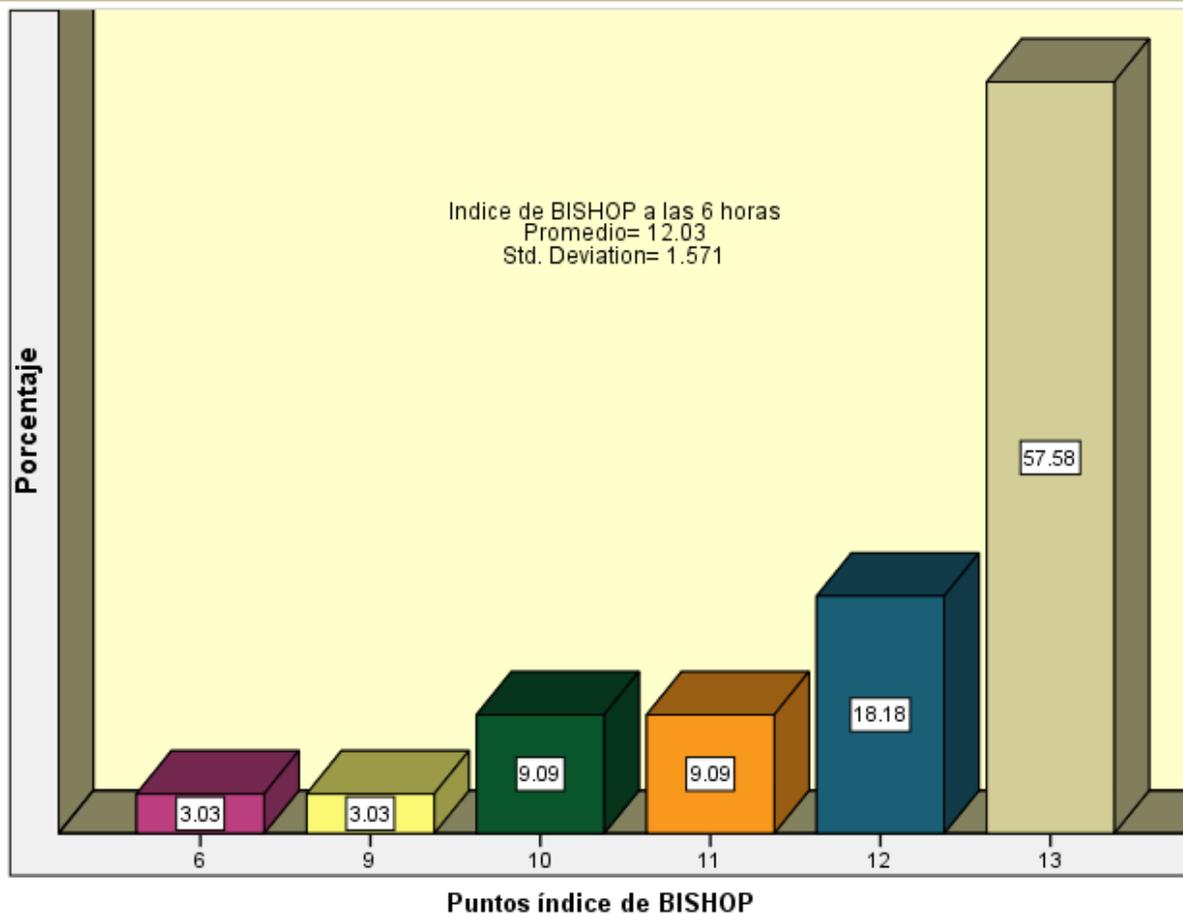
			Altura de la presentación a las 6 horas			Total
			I Hodge	II Hodge	III Hodge	
Altura de la presentación al ingreso	I Hodge	Frecuencia	1	1	1	3
		%	33.3%	33.3%	33.3%	100%
	II Hodge	Frecuencia	0	12	17	29
		%	0.0%	41.4%	58.6%	100%
	III Hodge	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	100%	100%

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Así mismo se encontró diferencia estadística significativa al concluir el estudio ($p=0.026$).

En el análisis del índice del BISHOP a las 6 horas, se obtuvo que el 57.58% de las pacientes progresaron hasta un puntaje de 13, el máximo que se puede alcanzar en ésta escala.

Gráfica 6. Distribución en porcentaje del índice de BISHOP a las 6 horas de su ingreso en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General "Dr. Miquel Silva", noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Destaca que el 66.7% de las pacientes de ingresaron con un índice de BISHOP de 6 puntos, a las 6 horas progresaron hasta 12 puntos y aquellas que ingresaron con 8 puntos (el puntaje más frecuente) progresaron en un 62.5% hasta 12 puntos.

Tabla 9. Comparación frecuencia y porcentaje de ingreso vs a las 6 horas del índice de BISHOP en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

		Índice de BISHOP a las 6 horas						Total	
		6	9	10	11	12	13		
Índice de BISHOP al ingreso	6	Frecuencia	1	0	0	0	2	0	3
		%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	100%
	7	Frecuencia	0	0	1	0	1	1	3
		%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100%
	8	Frecuencia	0	1	2	3	0	10	16
		%	0.0%	6.2%	12.5%	18.8%	0.0%	62.5%	100%
	9	Frecuencia	0	0	0	0	2	3	5
		%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	60.0%	100%
	10	Frecuencia	0	0	0	0	1	1	2
		%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100%
	11	Frecuencia	0	0	0	0	0	4	4
		%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%	100%

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

En el análisis comparativo de ingreso y evolución a las 6 horas del índice de BISHOP, se encontró que los resultados con estadísticamente significativos ($p=0.000$).

Tabla 10. Distribución en frecuencia y porcentaje efectos adversos en las pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

	N	%
Nausea	1	3.0
Ninguno	32	97.0
Total	33	100.0

Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

La vía de resolución del embarazo más frecuente fue la vía vaginal en un 87.9%. Dos pacientes presentaron alteración en la contractilidad uterina con alteración en la frecuencia cardiaca fetal, por lo que se interrumpió el embarazo vía abdominal. Sólo dos pacientes presentaron diagnóstico final de falso trabajo de parto y fueron egresadas del Hospital.

Tabla 11. Distribución en porcentaje resolución del embarazo en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Parto	29	87.9%
Cesárea	2	6.1%
Falso Trabajo de parto	2	6.1%
Total	33	100%

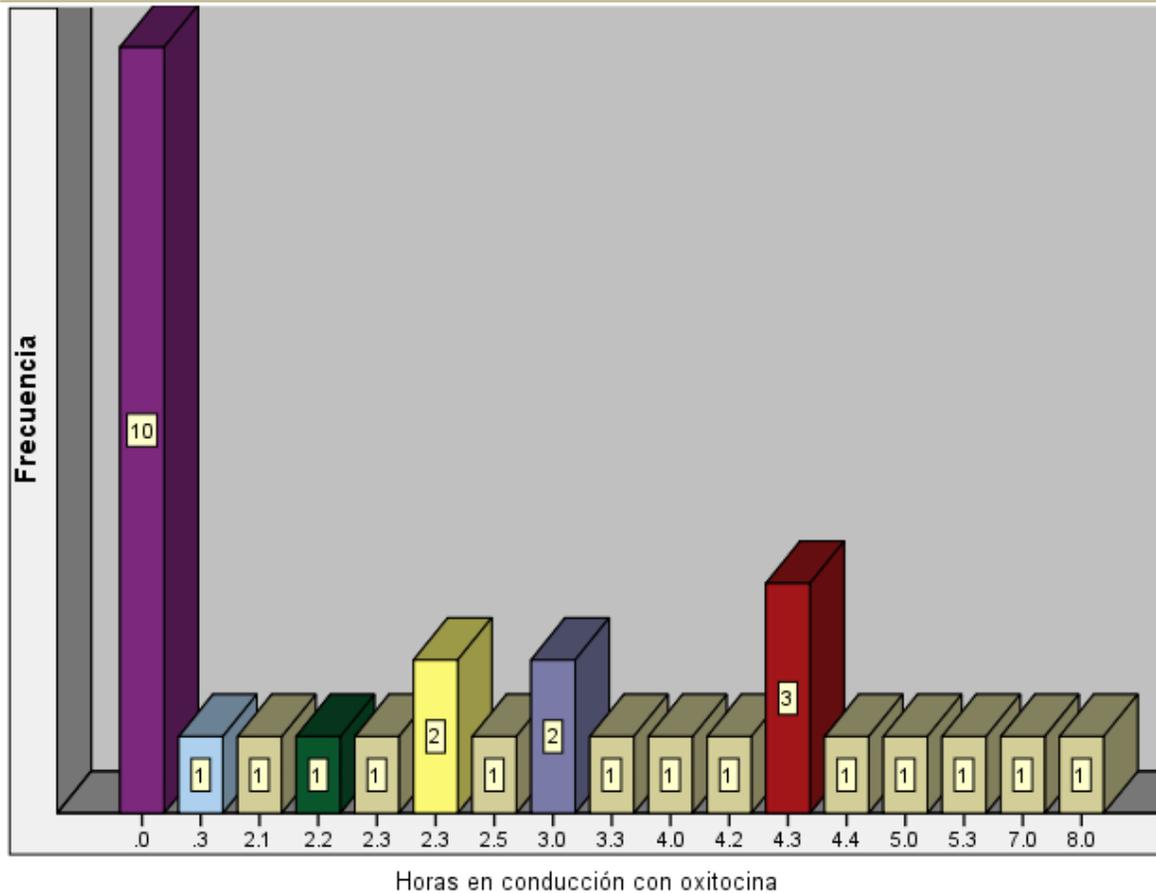
Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

Al concluir el periodo de 6 horas, las pacientes que presentaron condiciones para un parto (n=29) a criterio médico, como se establece en la Norma oficial mexicana, se decidió iniciar conducción de trabajo, excepto en 9 casos donde, al concluir el periodo de 6 horas, las pacientes pasaron al periodo expulsivo sin

necesidad de realizar procedimientos adicionales. El resto de las pacientes (n=20) se inició la conducción con oxitocina, en promedio durante 3.7 horas.

Sin embargo, se puede observar en la siguiente tabla, que la tendencia en las pacientes es no requerir la administración de oxitocina o de requerirla sólo en periodos cortos, pudiendo dejarse a partir de concluidas las 6 horas, a libre evolución del trabajo de parto.

Gráfica 7. Distribución en frecuencia total de horas en conducción con oxitocina en pacientes con trabajo de parto en fase latente prolongada. Hospital General “Dr. Miguel Silva”, noviembre a diciembre del 2016.



Fuente: Base de datos de proyecto de investigación.

En cuanto a las alteraciones fetales, solo en dos casos se presentó alteración en la frecuencia cardiaca fetal (6%), sin embargo, esto no presentó repercusión en el recién nacido.

De los 31 nacimientos, todos los recién nacidos obtuvieron puntaje de APGAR de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos postnatal. El puntaje de Silverman se mantuvo en 0 en todos los recién nacidos.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general establecer la utilidad del descanso terapéutico para el manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada, conocer la resolución obstétrica y resultados perinatales. Se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de trabajo de parto en fase latente prolongada de las cuales 2 fueron egresadas por presentar falso trabajo de parto; 2 más presentaron alteración en el bienestar fetal por lo que se realizó interrupción el embarazo vía abdominal. La edad promedio de las pacientes fue de 24.73 años; media de edad de presentación de la menarca fue de 12.3 años y media para la edad de inicio de vida sexual activa promedio fue de 17.3 años.

Dentro de los antecedentes obstétricos, el promedio para gestas fue de 2.3; mientras que para partos, abortos y cesáreas fue de 0.88, 0.27 y 0.15 respectivamente, siendo las pacientes primigesta las que más frecuente se encontraron con 33.3%. La edad gestacional promedio fue de 39.5 semanas de gestación. El promedio de horas con trabajo de parto en fase latente prolongada fue de 20.3 horas.

Al buscar un posible factor obstétrico que se relacionara con el desarrollo del trabajo de parto en fase latente prolongada no se encontró factor, al obtener valores de p superiores a 0.05 para la edad de la paciente, la edad gestacional, el número de gestas y el número de partos ($p=0.156$, 0.322 , 0.235 y 0.428 respectivamente), lo cual se ajusta a la literatura internacional, donde no se ha encontrado factor obstétrico desencadenante de ésta entidad.

En cuanto a las características de ingreso de las pacientes, el promedio de dilatación cervical fue de 3.42cm, siendo 3cm de dilatación lo más frecuente; para el borramiento se obtuvo un promedio de 65.45%, con mayor frecuencia un 70% de borramiento; la consistencia del cérvix más frecuente fue reblandecida con 57.6%, no se encontró a ninguna paciente con un cérvix de consistencia dura; la posición del cervical más frecuente de ingreso fue central con 84.8%, en ningún caso se encontró un cérvix en posición posterior; y la altura de la presentación más frecuente fue el II plano de Hodge con 87.9%.

Por último, el índice de BISHOP promedio al ingreso fue de 8.36 puntos, siendo 8 puntos lo más frecuente con 48.5%. En ninguno de los casos se presentó un cérvix desfavorable, es decir, con un índice de BISHOP menor a 6. Una puntuación de arriba de éste rango indica que la paciente tendrá altas probabilidades de terminar en parto, arriba de 95%.

Una vez concluidas las 6 horas del protocolo se revaloraron los mismos parámetros de ingreso para así corroborar la progresión del trabajo de parto. Se encontró que la dilatación media a las 6 horas fue de 6.79cm, con una frecuencia mayor en 6cm (30.3%). Al hacer el análisis comparativo destaca que, de las 21 pacientes (63.6%) que ingresaron con 3cm de dilatación, el 47.6% (n=10) progresaron hasta 6cm de dilatación, las pacientes con 4cm de ingreso el 60% (n=6) progresaron hasta 8cm y todas las pacientes que ingresaron con 5cm de dilatación completaron 10cm al finalizar las 6 horas.

En cuanto al borramiento a las 6 horas, el 45.5% (n=15) de las pacientes ya se encontraban con 80% de borramiento y 24.2% (n=8) progresaron hasta un 90% de borramiento. Destaca que aquellas pacientes que ingresaron con un 40% de borramiento (9.1%, n=3) el 66.7% progresaron hasta un 80% de borramiento; y aquellas que ingresaron con 50% de borramiento (15.2%, n=5) el 40% (n=2) progresaron a 70% y otro 40% (n=2) completaron el proceso de borramiento.

Los hallazgos en la consistencia cervical a las 6 horas, un 93.9% (n=31) tenían un cérvix blando; destaca que aquellas pacientes que ingresaron con un cérvix reblandecido (57.6%, n=19) el 89.5% de las pacientes (n=17) progresaron a una consistencia blanda.

Con lo que respecta a la posición del cérvix, del total de las pacientes (n=28) que ingresaron con un cérvix central, el 85.7% (n=24) de éstas a las 6 horas ya estaba central y sólo el 14.3% (n=4) continuó sin cambios.

Para la altura de la presentación a las 6 horas, se obtuvo que el 57.6% presentó un producto en tercer plano de Hodge, el 39.4% en segundo plano de Hodge y solo el 3.03% en primer plano. A las 6 horas destaca que el 58.6% de las pacientes que ingresaron con un producto en segundo plano de Hodge, a las 6 horas se encontraba en tercer plano de Hodge.

Finalmente, el índice del BISHOP que se encontró a las 6 horas fue en un 57.58% de las pacientes (n=13) progresaron hasta un puntaje de 13, el máximo que se puede alcanzar en ésta escala. Destaca que el 66.7% de las pacientes de ingresaron con un índice de BISHOP de 6 puntos, a las 6 horas progresaron hasta 12 puntos y aquellas que ingresaron con 8 puntos (el puntaje más frecuente) progresaron en un 62.5% hasta 12 puntos.

Al realizar el estudio comparativo entre la dilatación de ingreso y a las 6 horas utilizando t de student con p value definida como 0.05, se encontró que existe diferencia estadística significativa en cuanto a la dilatación ya que se obtuvo un resultado de $p=0.000$, borramiento $p=0.000$, altura de la presentación $p=0.026$, e índice de BISHOP $p=0.000$. No se encontró diferencia estadística significativa en la consistencia $p=0.210$ y la posición del cérvix $p=0.367$.

Con los resultados anteriores se obtiene evidencia que el descanso terapéutico favorece la progresión del trabajo de parto en fase latente prolongada. Esto tiene un sustento Fisiológico, hay que recordar que durante el trabajo de parto se requiere de dos factores fundamentales para la contractilidad uterina y la dilatación cervical, el primero es la presencia de agua que favorece la hidrólisis del colágeno a nivel del cérvix y segundo, la presencia de glucosa y calcio para la adecuada contractilidad del miometrio. En este estudio como criterio de ingreso se le permitió a las pacientes ingerir alimentos al momento de su hospitalización y el aporte de soluciones intravenosas se incrementó de 150ml, el estándar para la mujer en trabajo de parto, a 250ml por hora para asegurar una adecuada hidratación. El papel que juega la morfina en éste caso, no favorece la progresión de las características cervicales, ya que hay que recordar que ésta puede ser sustituida por otro agente sedante.

Una vez concluido el protocolo, el 87.9% de las pacientes tuvieron un parto eutócico. Dos pacientes presentaron alteración en la contractilidad uterina con alteración en la frecuencia cardíaca fetal, por lo que se realizó cesárea de urgencia, ambas pacientes con antecedente de cesárea previa. Sólo dos pacientes presentaron diagnóstico final de falso trabajo de parto y fueron egresadas del Hospital previa realización de RCTG para corroborar bienestar fetal.

Al concluir el periodo de 6 horas, las pacientes que presentaron condiciones para un parto (n=29) a criterio médico, como se establece en la Norma oficial mexicana, se decidió iniciar conducción de trabajo, excepto en 9 casos donde, al concluir el periodo de 6 horas, las pacientes se encontraban ya en periodo expulsivo sin necesidad de realizar procedimientos adicionales. El resto de las pacientes (n=20) se inició la conducción con oxitocina, en promedio durante 3.7 horas.

Sin embargo, como se puede ver en la gráfica 7, la tendencia de las pacientes es no requerir la administración de oxitocina o de requerirla sólo en periodos muy cortos (menos de una hora), con esto se puede inferir que las pacientes pueden ser manejadas a libre evolución, es decir sin la administración de oxitocina; de ésta forma se apega más el manejo de la paciente en trabajo de parto activo a lo establecido en el párrafo 5.5.1 de la NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* que dice, "...en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica."²⁸

En cuanto a las alteraciones fetales, solo en dos casos se presentó alteración en la frecuencia cardiaca fetal (6%), sin embargo, esto no presentó repercusión en el recién nacido. De los 31 nacimientos, todos los recién nacidos obtuvieron puntaje de APGAR de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos postnatal. El puntaje de Silverman se mantuvo en 0 en todos los recién nacidos. Concluyendo que no se presentó efectos adversos sobre los recién nacidos.

CONCLUSIONES

Se alcanzaron los objetivos específicos planteados en el estudio y también se logró comprobar la hipótesis metodológica al concluir que el descanso terapéutico favorece la progresión del trabajo de parto en fase latente prolongada a una fase activa, sin presentar efectos adversos en las pacientes o en los recién nacidos.

- La edad promedio de las pacientes fue de 24.7 años.
- Las pacientes primigestas fueron el grupo más frecuente con 33.3%, sin que esto se relacionara con el TDPFL prolongada.
- El promedio de gestas, partos, abortos y cesárea previos fue de 2.3, 0.88, 0.27 y 0.15 respectivamente.
- La edad gestacional promedio fue de 39.5 semanas.
- A su ingreso el total de horas con trabajo de parto en fase latente prolongada fue de 20.3 horas.
- Al ingreso el 63.6% ingresaron con 3cm de dilatación, el borramiento cervical de ingreso fue en 51.5% con 70% de borramiento, en cuanto a la consistencia del cérvix, 57.58% con un cervix reblandecido, la posición del cérvix al ingreso fue de 84.85% en posición anterior; finalmente, la altura de la presentación más frecuente fue el II plano de Hodge con 87.88%, 9.09% con un producto en I plano de Hodge y sólo 3.03% en III plano de Hodge.
- El índice de BISHOP promedio fue de 8.36 puntos, siendo 8 puntos lo más frecuente con un 48.5%, 9 puntos con 15.2%, 11 puntos con 12.1%, 6 y 7 puntos 9.1% cada una y 10 puntos 6.1%.
- A las 6 horas la dilatación promedio fue de 6.79cm, con 30.3% de las pacientes con 6cm, 21.2% con 8cm; el borramiento a las 6 horas más frecuente fue de 80% con una frecuencia de 45.5%; la consistencia del cérvix a las 6 horas más frecuente fue blando con un 93.94%.
- A las 6 horas, al concluir el protocolo, el índice de BISHOP promedio para las pacientes fue de 12.03 puntos, con una frecuencia de 57.58% con 13 puntos.

- Solo una paciente presentó náuseas durante el protocolo, sin embargo, se presentó al llegar al periodo expulsivo del trabajo de parto. No se presentó ningún otro efecto adverso.
- Se presentaron dos productos con alteración en la frecuencia cardíaca (RCTG II) asociado a distocia de contracción uterina.
- El promedio de horas en trabajo de parto activo fue de 4.17 horas, con una mínima de 1 hora y máximo de 7 horas.
- De las pacientes que se decidió iniciar conducción del trabajo de parto estuvieron en conducción un promedio de 2.47 horas, con una mínima de 10 a 20 minutos (11 pacientes) y una máxima de 8 horas (una paciente).
- Se atendieron 29 partos eutócicos que representa un 87.9%, se realizaron 2 cesáreas de urgencia (6.1%) y se diagnosticaron 2 falsos trabajos de parto (6.1%).
- Todos los recién nacidos presentaron un APGAR de 8 y 9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente. El puntaje de Silverman fue de 0 en todos los casos.

RECOMENDACIONES

- Implementar el Descanso terapéutico para el manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada, con el fin de reducir el número de intervenciones en las pacientes, principalmente tactos vaginales numerosos y conducciones tempranas del trabajo de parto.
- Seleccionar cuidadosamente a las pacientes que iniciarán el manejo con descanso terapéutico, preferentemente incluir solo a las pacientes de bajo riesgo obstétrico.
- Implementar un área de pre-labor donde las pacientes sean canalizadas, se administren soluciones intravenosas como lo marca éste protocolo y se les permita la ingesta de alimentos. Esto con la idea de no sobrecargar el área de labor en tococirugía.
- Disminuir al mínimo el uso de oxitocina. De ser posible, y apegándose a la NOM 007, no utilizar oxitocina y dejar a libre evolución del trabajo de parto a aquellas pacientes que se dio manejo de la fase latente prolongada con descanso terapéutico.
- Incrementar el ingreso de soluciones intravenosas en aquellas pacientes que ingresen en trabajo de parto activo, con la finalidad de mantener un adecuado estado de hidratación y disminuir el uso de oxitocina para la conducción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Lailla-Vicens JM. Concepto de Parto. Desencadenamiento y elementos del parto. En: González-Merlo J. Obstetricia. Sexta edición. España. Elsevier;2013. 199-210
2. Ceccaldi PF, Lamau MC, Poujade L, Mouguel L, Ducarme G, et al. Fisiología del inicio espontáneo del trabajo de parto. EMC Ginecología-Obstetricia. 2013; 49 (2): 1-13
3. Grant N, Strevens H, Thornton J. Physiology of labor. En: Caponga G. Epidural Labor Analgesia: Childbirth Without Pain. Suiza. Springer International Publishing; 2015. 1-10
4. Lailla-Vicens JM. Mecanismos y periodos del parto. Asistencia al parto en la presentación de vértice. En: González-Merlo J. Obstetricia. Sexta edición. España. Elsevier;2013. 240-250
5. Norwitz ER. Physiology of parturition. En: UpToDate, Barss VA (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso agosto 8, 2016.)
6. Lyons. Normal Labor. En: Obstetrics in Family Medicine: A Practical Guide. Suiza. Springer International Publishing; 2015. 141-145
7. Hanley GE, Munro S, Greyson D, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16 (71):1-11
8. Satin AJ. Latent phase of labor. En: UpToDate, Barss VA (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso agosto 8, 2016.)
9. Cohen WR. Friedman EA. Perils of the new labor management guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2015 Apr; 212(4):420-7
10. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(68):1-5

11. Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, México: Secretaria de Salud; 2014.
12. Guía de Práctica clínica para la Reducción de la frecuencia de operación cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014
13. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. 2015
14. Delgado A. Zuckerberg San Francisco General Hospital Labor Duration and Management Guideline. American College of Nurse-Midwives. 2015
15. Funai EF, Norwitz ER. Management of normal labor and delivery. En: UpToDate, Barss VA (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso agosto 8, 2016.)
16. Grobma WA, Simon C. Factors associated with the length of the latent phase during labor induction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007; 132: 163-166
17. Greulich B, Terrant B. The Latent Phase of labor: diagnosis and management. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(3): 190-198
18. Hamilton EF, Warrick PA, Collins K, Smith S, Garite TJ. Assessing first-stage labor progression and its relationship to complications. Am J Obstet Gynecol. 2016;214:358.e1-8.
19. Koontz WL, Bishop EH. Management of the latent phase of labor. Clin Obstet Gynecol 1982; 25:111-114
20. Lundgren I, Andrén K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. Sex Reprod Healthc. 2013; 4: 141-146
21. Bailit et al. Outcomes of Women Presenting in Active Versus Latent Phase of Spontaneous Labor. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005; 105 (1): 77-79
22. Ehsanipoor RM, Satin AJ. Overview of normal labor and protraction and arrest disorders. En: UpToDate, Barss VA (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acceso agosto 8, 2016.)
23. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risk associated with prolonged latent phase of labour. Journal of obstetrics and gynecology. 2002; 22(1): 16-19
24. Mackeen AD, Fehnel E, Barghella V, Klein T. Morphine sleep in pregnancy. Am J Perinatol. 2014; 31(1): 85-90

25. Nahum Z, Garmi G, Kadan Y, Zafran N et al. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010; 8:136
26. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(4):824–8.
27. Zhang J, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010; 116(6):1281–7.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

ANEXOS

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Mich..... / / (Día/Mes/Año). No. Exp.

Yo C.

De.....años de edad con Nombre(s) domicilio en:

.....
.....No. Telefónico.....

Doy mi autorización en forma voluntaria para ser incluido en el estudio en el cual se valorará:
DESCANSO TERAPEUTICO PARA EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE PROLONGADA.

Que se lleva a cabo en el Hospital General "Dr. Miguel Silva". Realizado por el Dr. José Antonio Sereno Coló médico adscrito del servicio de Ginecología y Obstetricia y la Dra. Ayme Aguilar Fuerte médico residente de cuarto año. Se me ha ampliamente informado que:

1. El descanso terapéutico consiste en la administración de morfina para generar sueño, acompañado de la administración de soluciones intravenosas para mantener una adecuada hidratación.
2. Puede llegar a presentarse efectos secundarios como dificultad respiratoria, sedación, agitación, náusea, vómito, retención urinaria, disminución de la actividad intestinal.
3. Durante el estudio se mantendrá vigilancia de feto con Monitor electrónico continuo o de forma intermitente.
4. Los beneficios de éste estudios son: la progresión del trabajo de parto sin intervenciones excesivas como lo son los Tactos vaginales numerosos y la administración prolongada de oxitocia, e incluso cesárea de urgencia.
5. Si en el momento del procedimiento surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales, como interrupción del embarazo vía cesárea si está indicado.
6. Se me ha informado además que el protocolo fue aceptado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General "Dr. Miguel Silva" y se realizará bajo los lineamientos que

rige la investigación clínica, apegado a la Ley General de Salud en nuestro país en materia de la investigación, considerándose de riesgo menor.

7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al personal médico y a la institución de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

Paciente: _____

Testigo: _____

Testigo: _____

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

PROYIN: Descanso terapéutico para el manejo del trabajo de parto en fase latente prolongada.

Nulíparas >18horas con 3-6cm dilatación y en multíparas >10.7horas con 4-6cm dilatación.

Nombre de la paciente:			No. Expediente		
Edad:	Menarca:	IVSA:			
G:	P:	A:	C:		
FUM: / /	Edad Gestacional:		Total horas TDPFL: Total horas TDPFA:		

CARACTERÍSTICAS CERVICALES DE INGRESO

Dilatación	Borramiento	Consistencia del cérvix			Posición del cérvix			Altura de la presentación			BISHOP	
		Duro	Media	Blando	Posterior	Central	Anterior	I	II	III		

Características cervicales a las 6 horas de ingreso

Dilatación	Borramiento	Consistencia del cérvix			Posición del cérvix			Altura de la presentación			BISHOP	
		Duro	Media	Blando	Posterior	Central	Anterior	I	II	III		

EFECTOS ADVERSOS

Madre	Nausea	Vomito	Retención urinaria	Disminución perístasis	Depresión respiratoria	Ninguno
Feto	Sufrimiento fetal agudo	RCTG II	RCTG III	Ninguno		

TOTAL DE HORAS EN CONDUCCIÓN CON OXITOCINA: _____hrs_____min

RESOLUCION DEL EMBARAZO

Parto	Cesárea	Falso trabajo de Parto	
Resultado del RN	APGAR 1'	APGAR 5'	Silverman