



“UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE OBSTETRICIA

**TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE OBSTETRIZ**

**EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DE
PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DEL
GINECO/OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO,
GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024.**

Autor(es):

NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH

CHÁVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE

Tutor:

OBST. DIAZ RUIZ GENESIS NATALI

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2024

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis al ser que más inmerso amor me ha brindado en todo el mundo, al que siempre ha estado en cada logro y cada tristeza aquel que abrazado mi alma en aquellos días en que yo quise dejar de tenerla, aquel que fue mi luz en tanta tiniebla, aquel que supo de mi creación desde el minuto cero, a ti Jehová que siempre as llevado mi corazón y mi alma en tus manos, mis máximos logros en la vida siempre serán para ti.

Anshela Chávez

Dedico esta tesis principalmente a Dios quien me ha dado la sabiduría, la fuerza y su infinito amor necesaria para culminar esta meta. A mis queridos padres, ya que este logro académico es un reflejo del incansable esfuerzo que han invertido para brindarme una educación sólida. Cada sacrificio que han hecho, cada día de trabajo duro y cada decisión que tomaron en mi nombre son el fundamento de mi éxito. Su dedicación y compromiso con mi educación son un regalo que valoro más allá de las palabras. Esta tesis es un testimonio de su sacrificio y amor, y me llena de orgullo honrarlos de esta manera. Gracias por ser los faros en mi vida, por iluminar el camino hacia el conocimiento y por inculcarme la importancia del trabajo duro y la educación. Los amo profundamente.

Karen Nuñez

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a todas las personas que formaron parte de todo este proceso académico durante nuestra vida estudiantil y personal ya que gracias a ellos pudimos nutrir nuestros conocimientos por haber aportado con un granito de arena en cada momento a lo largo de nuestra formación.

Además, quiero agradecer a mis amados padres, a mi madre Nelly quien supo apoyarme con los recursos económicos y las palabras emotivas en tiempos difícil, por creer en mi capacidad e inteligencia, por darme cada día de su grandioso amor y brindarme paciencia, a mi padre Ángel quien supo educarme con responsabilidad, y a mis hermanas Katty y Brithany por ser una fuente de apoyo y motivación y a mi pequeña Lía por su entusiasmo y ternura.

Anshela

Agradezco profundamente a mis padres Celiana y Rodrigo que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos, los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos, a mis hermanas por siempre brindarme su apoyo y cariño, a Josué por darme su amor y alegría.

Karen



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 12/7/2024
HORA: 9:41

SR(A).

LCDA. FATIMA RENE MEDINA PINOARGOTE

COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
EN SU DESPACHO.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EN ATENCIÓN A LA DESIGNACIÓN COMO DOCENTE TUTOR PARA GUIAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN
CON EL TEMA:

MODALIDAD	FASE	TEMA
TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	PERFIL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024

PERTENECIENTE A EL/LOS ESTUDIANTES:

FACULTAD	CARRERA	ESTUDIANTE
FCS	OBSTETRICIA (REDISEÑADA)	NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH
FCS	OBSTETRICIA (REDISEÑADA)	CHAVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE

AL RESPECTO TENGO A BIEN INFORMAR QUE EL/LOS ESTUDIANTES HAN CUMPLIDO CON LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO E INSTRUCTIVO DE TITULACIÓN DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO.

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, EL TRABAJO DE TITULACIÓN ES APROBADO POR QUIEN SUSCRIBE, AUTORIZANDO CONTINUAR CON EL PROCESO LEGAL PERTINENTE

POR LA ATENCIÓN QUE SE SIRVA DAR AL PRESENTE ME SUSCRIBO.

ATENTAMENTE,

Obst. Génesis Díaz Ruiz MSc

Docente
GENESIS NATALI DIAZ RUIZ

DOCENTE TUTOR DEL EQUIPO DE TITULACIÓN





FECHA: 12/7/2024
HORA: 9:43

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: DIAZ RUIZ GENESIS NATALI
ESTUDIANTES: NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH
 CHAVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE
PERIODO TITULACIÓN: JUNIO 2024 - SEPTIEMBRE 2024
MODALIDAD DE TITULACIÓN: TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
FASE DE MODALIDAD: PERFIL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PROYECTO DE TITULACIÓN: EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PERFIL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	2024-07-05	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TEMA DE INVESTIGACIÓN	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTUALIZACIÓN PROBLEMÁTICA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTUALIZACIÓN PROBLEMÁTICA	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO TEÓRICO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO TEÓRICO	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TIPO DE INVESTIGACIÓN	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

METODOLOGÍA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
METODOLOGÍA	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO

REFERENCIAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	2024-07-10	2024-07-11	TERMINADO	100%	HABILITADO



NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH
 ESTUDIANTE



CHAVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE
 ESTUDIANTE



DIAZ RUIZ GENESIS NATALI
 DOCENTE TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 2/8/2024

HORA: 12:53

SR(A).

LCDA. FATIMA RENE MEDINA PINOARGOTE

COORDINADOR DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
EN SU DESPACHO.-

DE MI CONSIDERACIÓN:

EN ATENCIÓN A LA DESIGNACIÓN COMO DOCENTE TUTOR PARA GUIAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN
CON EL TEMA:

MODALIDAD	FASE	TEMA
TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	PROYECTO DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024

PERTENECIENTE A EL/LOS ESTUDIANTES:

FACULTAD	CARRERA	ESTUDIANTE
FCS	OBSTETRICIA (REDISEÑADA)	NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH
FCS	OBSTETRICIA (REDISEÑADA)	CHAVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITE

AL RESPECTO TENGO A BIEN INFORMAR QUE EL/LOS ESTUDIANTES HAN CUMPLIDO CON LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO E INSTRUCTIVO DE TITULACIÓN DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO.

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, EL TRABAJO DE TITULACIÓN ES APROBADO POR QUIEN SUSCRIBE, AUTORIZANDO CONTINUAR CON EL PROCESO LEGAL PERTINENTE

POR LA ATENCIÓN QUE SE SIRVA DAR AL PRESENTE ME SUSCRIBO.

ATENTAMENTE,

Obst. Génesis Díaz Ruiz MSC
Docente

GENESIS NATALI DIAZ RUIZ
DOCENTE TUTOR DEL EQUIPO DE TITULACIÓN





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: DIAZ RUIZ GENESIS NATALI
ESTUDIANTES: NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH
 CHAVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE
PERIODO TITULACIÓN: JUNIO 2024 - SEPTIEMBRE 2024
MODALIDAD DE TITULACIÓN: TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
FASE DE MODALIDAD: PROYECTO DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PROYECTO DE TITULACIÓN: EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROYECTO DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	2024-07-12	2024-08-02	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

CAPITULO I - CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2024-07-13	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2024-07-13	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO I - JUSTIFICACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO I - JUSTIFICACIÓN.	2024-07-13	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO I - OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO I - OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	2024-07-13	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO I - HIPOTESIS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO I - HIPÓTESIS	2024-07-13	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO II - ANTECEDENTES

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO II - ANTECEDENTES	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO II - BASES TEÓRICAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO II - BASES TEÓRICAS.	2024-07-13	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO III - TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO III - TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO III - OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO III - OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO III - POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO III - POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO III - TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO III - TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO III - PROCESAMIENTO DE DATOS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO III - PROCESAMIENTO DE DATOS	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO III - ASPECTOS ÉTICOS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO II - ASPECTOS ÉTICOS	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO IV - PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO IV - PRESUPUESTO	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPITULO IV - CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO IV - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

REFERENCIAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TRABAJO FINAL	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2024-07-14	2024-08-01	TERMINADO	100%	HABILITADO


NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH
ESTUDIANTE


CHAVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE
ESTUDIANTE

Obst. Génesis Díaz Ruiz MSc.
Docente

DIAZ RUIZ GENESIS NATALI
DOCENTE TUTOR



NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH – CHAVEZ LLANOS ANSHELA BIGITTE



Nombre del documento: NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH - CHAVEZ LLANOS ANSHELA BIGITTE.docx	Depositante: Génesis Natali Díaz Ruíz	Número de palabras: 6624
ID del documento: 665f89b972cd81d793035d13dc2c311262387d79	Fecha de depósito: 25/8/2024	
Tamaño del documento original: 438,38 kB	Tipo de carga: interface	
	fecha de fin de análisis: 25/8/2024	
Número de caracteres: 42.724		

Autores: []

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ug.edu.ec 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (44 palabras)
2	accessmedicina.mhmedical.com Misoprostol: Antiulcerosos Vademécum Acad...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.upao.edu.pe	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
2	repositorio.ug.edu.ec	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
3	www.scielo.sa.cr La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
4	www.reproduccionassistida.org Cambios y posición del cuello uterino durante el ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
5	repositorio.unan.edu.ni	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (15 pala)

GENESIS NATALI DIAZRUIZ

Firmado digitalmente por

GENESIS NATALI DIAZ RUIZ

Fecha: 2024.08.25

19:16:10 -05'00'



CERTIFICACIÓN EMITIDA POR EL TUTOR

CERTIFICACIÓN

Babahoyo 28 de agosto del 2024.

Yo, **Génesis Natali Díaz Ruíz**, con CI 120755310-6, en calidad de Docente de la Carrera de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, certifico que el presente Proyecto de Titulación, modalidad Trabajo de Integración Curricular, previo a la obtención del Grado de Obstetrix/tra con el Tema: "EVALUACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DEL GINECO/OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024." ha sido elaborado por: NUÑEZ GUASGUA KAREN LIZBETH y CHÁVEZ LLANOS ANSHELA BRIGITTE, el mismo que ha sido revisado y analizado en un 25%, 50%, y 100% con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Tutor, por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:

Génesis Natali Díaz Ruíz

TUTOR

|

ÍNDICE GENERAL

Autorización de la autoría intelectual	4
ASPECTOS ÉTICOS.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I.....	16
1. PROBLEMA	16
1.1 Marco Contextual	16
1.1.2 Contexto Internacional	16
1.1.3 Contexto Nacional.	17
1.1.4 Contexto Regional.	19
1.2 Situación problemática.....	20
1.3 Planteamiento del Problema	21
1.3.1 Problema General	21
1.3.2 Problemas Derivados	21
1.4 Delimitación de la Investigación	21
1.5 Justificación	22
1.6 Objetivos.....	25
1.6.1 Objetivo General	25

1.6.2 Objetivos Específicos	25
CAPÍTULO II	26
2. MARCO TEÓRICO	26
2.1 Marco teórico	26
2.1.1 Marco conceptual	26
Trabajo de parto	27
Indicaciones y contraindicaciones	29
Misoprostol	30
Mecanismo de acción del misoprostol.....	32
Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología	34
Uso del misoprostol en otros hospitales de Ecuador	35
Eficiencia y efectividad del misoprostol en la inducción del parto	37
Factores que influyen en la eficacia del misoprostol.....	38
Efectos secundarios y complicaciones asociadas al misoprostol	44
Normativas y regulaciones sobre el uso del misoprostol.....	46
2.1.2 Antecedentes investigativos	49
2.2 Hipótesis.....	54
2.2.1 Hipótesis general	54
2.2.2 Hipótesis específicas.....	54
2.3 Variables	54

2.3.1 Variables Independientes	54
2.3.2 Variables Dependientes	54
2.3.3 Operacionalización de las variables	55
CAPITULO III	56
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	56
3.1 Método de investigación	56
3.2 Modalidad de investigación	56
3.3 Tipo de investigación.....	57
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	57
3.4.1 Técnicas	57
3.4.2 Instrumentos	58
3.5 Población y Muestra de Investigación.....	59
3.5.1 Población.....	59
3.5.2 Muestra	59
3.6 Cronograma del Proyecto	61
3.7. Recursos.....	63
CAPITULO IV.....	65
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	65
4.1. Resultados obtenidos de la investigación	65
4.2. Análisis e interpretación de datos	86
CAPÍTULO V.....	95
Discusión.....	95
Conclusiones	98

Recomendaciones	99
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	101
ANEXOS.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Índice de Bishop.....	48
Tabla 2 Operacionalización de las variables	55
Tabla 3 Cronograma de actividades del Proyecto	62
Tabla 4 Recursos humanos	63
Tabla 5 Recursos económicos	63
Tabla 6 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para la Edad ...	65
Tabla 7 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Número de Gestas Previas.....	68
Tabla 8 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Tipo de Parto Anterior	69
Tabla 9 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Número de Cesáreas Previas.....	71
Tabla 10 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Número de Abortos.....	72
Tabla 11 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para la Semanas de Gestación.....	73
Tabla 12 Distribución de Frecuencias para las Complicaciones Maternas Presentes	76
Tabla 13 Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para las Dosis Administradas de Misoprostol	77

Tabla 14 Distribución de Frecuencias para la Vía de Administración del Misoprostol	80
Tabla 15 Efectos Adversos en la Madre Relacionados con el Uso del Misoprostol	81
Tabla 16 Complicaciones Fetales Observadas Relacionadas con el Uso del Misoprostol.....	82
Tabla 17 Evaluación de la Culminación del Embarazo: Parto Vaginal versus Cesárea	84
Tabla 18 Relación entre la Dosis de Misoprostol Administrada y el Tipo de Parto	85
Tabla 19 Chi cuadrado para la independencia entre la dosis y el tipo de parto. ..	86
Tabla 20 Correlación para la independencia entre la dosis y el tipo de parto.	87
Tabla 21 Evaluación de la Seguridad del Uso de Misoprostol en la Inducción del Parto	88
Tabla 22 Análisis de la Relación entre Complicaciones Fetales y la Necesidad de Cesárea	90
Tabla 23 Análisis de la Relación entre Complicaciones Fetales y la Necesidad de Cesárea	91
Tabla 24 Tabla cruzada de resultados	93
Tabla 25 Matriz de contingencia	108
Tabla 26 Base de Datos de las 59 Pacientes que forman parte del estudio.....	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Estructura química del misoprostol	31
Figura 2 Mecanismo de acción del Misoprostol	33
Figura 3 Cambios y posición del cuello uterino durante el embarazo	38
Figura 4 Edad gestacional	40
Figura 5 Histograma de edad	67
Figura 6 Histograma de las semanas de gestación	75
Figura 7 Permiso Emitido a la Máxima Autoridad del HANM para la autorización de la presente investigación y la toma de datos estadísticos.....	101

ASPECTOS ÉTICOS

La inducción del parto con misoprostol es una práctica obstétrica crítica en situaciones donde el bienestar materno-fetal está comprometido. Este estudio evaluará la eficacia y seguridad del misoprostol administrado por vía oral en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro entre enero y julio de 2024. A pesar de su efectividad y perfil de seguridad, el uso del misoprostol no está exento de controversias, especialmente en relación con la dosis óptima y las variaciones en la respuesta clínica. La investigación buscará determinar la tasa de éxito de partos vaginales y las complicaciones asociadas, con el objetivo de mejorar las guías clínicas y la atención perinatal basada en evidencia.

RESUMEN

El objetivo principal del estudio fue determinar la seguridad y eficacia del misoprostol en la inducción del parto, comparando diferentes dosis y métodos de administración. Se empleó un enfoque cuantitativo y descriptivo para analizar una muestra de 59 gestantes que se encontraban entre las 37 y 40.5 semanas de gestación. Los datos fueron recopilados de historias clínicas y analizados estadísticamente. Los resultados indicaron que la dosis de 25 mcg vía sublingual fue la más efectiva, mientras que el 74% de las inducciones con misoprostol culminaron en partos vaginales exitosos, y el 26% requirió cesárea. El 15% de los casos presentaron efectos secundarios, siendo la taquisistolia el más común. Para reducir los riesgos, el estudio propuso estandarizar el uso de misoprostol con dosis específicas y un monitoreo riguroso. El misoprostol demostró ser un medicamento seguro y efectivo para inducir el parto, con un éxito considerable en partos vaginales, lo que confirmó su utilidad en la práctica obstétrica. Las palabras clave importantes fueron: misoprostol, inducción del parto, seguridad, dosis y efectos adversos. Los hallazgos sugirieron que el Hospital Alfredo Noboa Montenegro estableciera un protocolo estándar para el uso de misoprostol en la inducción del parto. Dado su alto índice de éxito en la inducción de partos vaginales y su perfil de seguridad aceptable, la dosis de 25 mcg por vía sublingual debía incluirse como estándar inicial en este protocolo. Finalmente, se recomendó realizar más estudios para evaluar la aplicación de estas recomendaciones en diversos contextos y adaptar el protocolo a las necesidades específicas de la población atendida.

Palabras clave: misoprostol, inducción del parto, seguridad, dosis, efectos adversos.

ABSTRACT

The main objective of the study was to determine the safety and effectiveness of misoprostol in labor induction, comparing different doses and administration methods. A quantitative and descriptive approach was used to analyze a sample of 59 pregnant women who were between 37 and 40.5 weeks of gestation. Data were collected from medical records and analyzed statistically. The results indicated that the 25-mcg sublingual dose was the most effective, while 74% of inductions with misoprostol culminated in successful vaginal deliveries, and 26% required cesarean section. 15% of cases presented side effects, with tachysystole being the most common. To reduce risks, the study proposed standardizing the use of misoprostol with specific doses and rigorous monitoring. Misoprostol proved to be a safe and effective medication for inducing labor, with considerable success in vaginal deliveries, confirming its usefulness in obstetric practice. The important keywords were: misoprostol, induction of labor, safety, dosage and adverse effects. The findings suggested that the Alfredo Noboa Montenegro Hospital establish a standard protocol for the use of misoprostol in labor induction. Given its high success rate in inducing vaginal births and its acceptable safety profile, the 25 mcg sublingual dose should be included as an initial standard in this protocol. Finally, it was recommended to conduct more studies to evaluate the application of these recommendations in various contexts and adapt the protocol to the specific needs of the population served.

Keywords: misoprostol, labor induction, safety, dose, adverse effects.

TEMA

Evaluación del uso del misoprostol en la inducción de parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda enero - julio del 2024.

INTRODUCCIÓN

La inducción del parto es una práctica obstétrica que se realiza para iniciar artificialmente el trabajo de parto antes del comienzo espontáneo, siendo fundamental en situaciones donde el bienestar materno-fetal está comprometido. Este procedimiento se indica en casos de complicaciones como la hipertensión gestacional, el retraso del crecimiento intrauterino, la ruptura prematura de membranas y otras condiciones que pueden poner en riesgo la salud de la madre o del feto. Entre los métodos farmacológicos utilizados para la inducción del parto, es el misoprostol que ha emergido como una opción relevante debido a su capacidad para madurar el cérvix y desencadenar contracciones uterinas. El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1, y su uso se ha expandido gracias a su eficacia, fácil administración y perfil de seguridad, a pesar de las variaciones en la respuesta clínica observadas en distintas poblaciones de pacientes.

Sin embargo, el uso del misoprostol en la inducción del parto no está exento de controversias. Las preocupaciones se centran en la determinación de la dosis óptima que maximice la eficacia y minimice los riesgos de complicaciones como la hiperestimulación uterina, que puede llevar a sufrimiento fetal o cesáreas de emergencia. Además, existe una necesidad imperiosa de estandarizar las prácticas relacionadas con su administración, dado que las dosis y rutas de administración

(oral, vaginal o sublingual) pueden influir significativamente en los resultados maternos y neonatales. Este estudio se propone abordar estas inquietudes mediante una evaluación exhaustiva de la eficacia y seguridad del misoprostol administrado por vía sublingual en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, en el periodo comprendido entre enero y julio de 2024.

El objetivo principal de esta investigación es determinar la tasa de éxito de partos vaginales en mujeres inducidas con misoprostol, comparando las diferentes dosis empleadas y sus efectos sobre el progreso del parto. Adicionalmente, se investigarán los efectos adversos y las complicaciones asociadas al uso del fármaco, proporcionando datos críticos que puedan influir en la política de salud materna y las guías clínicas. Esta investigación, de diseño descriptivo y enfoque cuantitativo, contribuirá a cerrar las brechas de conocimiento existente en la literatura científica, ofreciendo un análisis detallado de los resultados clínicos y ayudando a establecer recomendaciones basadas en evidencia para la práctica obstétrica. Al final, se espera que los hallazgos de este estudio apoyen la toma de decisiones clínicas informadas y promuevan mejoras en la atención perinatal, con un enfoque en la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del neonato.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.2 Contexto Internacional

El misoprostol es un medicamento económico que no requiere refrigeración ni cuidados especiales, lo que lo convierte en una opción ideal al no implicar un gasto significativo para el sistema hospitalario. Su propósito es finalizar el embarazo y reducir la morbi-mortalidad materno-fetal asociada con gestaciones prolongadas. Numerosos estudios internacionales respaldan al misoprostol como el fármaco preferido para la maduración cervical e inducción del parto. Se administra en pequeñas dosis, que son eficaces y seguras, con esquemas variados como el de dosis ascendente de 25 a 50 microgramos, aplicadas por vía vaginal cada 4 a 6 horas. En 2007, el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó incluir comprimidos de misoprostol de 25 microgramos en la lista de medicamentos esenciales, facilitando así su inclusión en las listas nacionales para la culminación de la gestación.

En los países desarrollados, hasta el 25% de las mujeres se someten a la inducción del trabajo de parto, mientras que, en los países en desarrollo, estas tasas suelen ser generalmente más bajas, aunque están en aumento. La inducción del parto no es un procedimiento exento de riesgos y puede resultar incómoda para

muchas mujeres. La Encuesta Mundial sobre Salud Materna y Perinatal de la OMS, realizada entre 2004 y 2008 y cuyos resultados fueron publicados en 2013, indicó que la prevalencia promedio de inducción del trabajo de parto es del 10.5%. Sin embargo, hay una amplia variación en diferentes regiones del mundo, con tasas que oscilan entre un mínimo del 1.5% en Nigeria y un máximo del 32% en Sri Lanka. En instituciones de tercer nivel en México, los datos muestran que el 14% de los embarazos concluyen mediante este procedimiento. (Ramos Grados, 2022).

Este fármaco es ampliamente utilizado por médicos, ginecólogos y obstetras a nivel mundial, debido a sus características particulares como el fácil almacenamiento, los bajos costos y las diversas formas de administración.

El misoprostol es una opción económica y eficaz para la inducción del parto y la maduración cervical, gracias a su estabilidad a temperatura ambiente y facilidad de administración en dosis bajas, características que lo han consolidado en las guías clínicas internacionales y en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Esto subraya la necesidad de políticas de salud pública que garanticen un uso seguro y supervisado del misoprostol, minimizando riesgos para la salud materna y optimizando los resultados obstétricos, al tiempo que se abordan las disparidades en el acceso y las prácticas clínicas a nivel global.

1.1.3 Contexto Nacional.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador ha establecido protocolos específicos para su uso, minimizando los riesgos. Su impacto en la práctica clínica ha sido positivo, mejorando la atención obstétrica. La adherencia a los protocolos y la capacitación del personal de salud son esenciales para mantener y mejorar estos

resultados, proporcionando una atención de calidad a las gestantes en la región (Martínez Vásquez y Muriel Bravo, 2022).

Un estudio realizado en 2008 en la Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil evaluó 49 gestaciones con inducción de parto con misoprostol, encontrando que el 73.4% de los partos fueron vaginales y el 26.6% resultaron en cesáreas. En esta serie de casos, no se reportaron rupturas uterinas ni síndrome de hiperestimulación uterina, y solo un 2% de las pacientes experimentó taquisistolia. En cuanto a los resultados neonatales, no se registraron casos de neonatos con un Apgar menor a 7 a los 5 minutos, ni ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). Estos hallazgos coinciden con un estudio realizado en la Unidad Operativa de Salud Hospital General Docente Ambato entre enero y junio de 2013, el cual concluyó que el misoprostol se utiliza para la inducción del trabajo de parto en embarazos a término, recomendando su uso bajo la supervisión del equipo de salud para minimizar las complicaciones materno-fetales (Chaluisa Chaluisa y Villalva Barreno, 2020).

El alto índice de embarazos adolescentes en Ecuador, especialmente entre las sin educación, junto con el incremento de embarazos en menores de 15 años, y la tasa de fecundidad adolescente más alta de la Región Andina, subraya la vulnerabilidad de esta población ante complicaciones obstétricas como hipertensión y preeclampsia. Estudios en la Maternidad Enrique Sotomayor y el Hospital General Docente Ambato han demostrado que el misoprostol es eficaz y seguro para la inducción del parto, con altas tasas de partos vaginales y mínimas complicaciones, siempre que su uso sea supervisado adecuadamente, subrayando

la importancia de estandarizar su uso y capacitar al personal médico.

1.1.4 Contexto Regional.

En la ciudad de Riobamba, el uso de misoprostol en la inducción del trabajo de parto ha mostrado ser una práctica común, especialmente en casos donde se busca una maduración cervical efectiva. El misoprostol, una prostaglandina sintética, se administra por vía vaginal, sublingual, u oral, con una eficacia del 90% vía oral y sublingual. Sin embargo, su uso está contraindicado en pacientes con eclampsia, cesárea previa y una edad gestacional menor a 34 semanas. Los estudios indican que, aunque efectivo, el misoprostol presenta riesgos de hipertensión uterina y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, lo que sugiere la necesidad de un monitoreo fetal continuo durante su administración

El misoprostol es ampliamente utilizado en la inducción del parto en Bolívar, particularmente en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, debido a su alta efectividad y seguridad, con tasas de éxito de hasta el 90% en 48 horas, aunque puede causar hiperestimulación uterina y hemorragias, lo que resalta la necesidad de seguir los protocolos del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador. En Guaranda, se utiliza comúnmente por vía sublingual, aunque está contraindicado en pacientes con eclampsia, cesárea previa y gestaciones menores de 34 semanas. A pesar de su efectividad, presenta riesgos de hipertensión uterina y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, lo que subraya la necesidad de un monitoreo fetal continuo para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento.

1.2 Situación problemática

En Ecuador, la atención a las complicaciones derivadas de procedimientos obstétricos, como la inducción del parto, representa un desafío significativo para el sistema de salud. La inducción del parto, aunque es una intervención común, no está exenta de riesgos, y su manejo inadecuado puede resultar en complicaciones maternas y fetales. Los datos disponibles indican una variabilidad considerable en las prácticas clínicas y los resultados asociados a la inducción del parto, particularmente en el uso de misoprostol como agente inductor.

El misoprostol, a pesar de su eficacia y bajo costo, requiere una supervisión cuidadosa para minimizar el riesgo de hiperestimulación uterina y otros efectos adversos. Este medicamento, ampliamente utilizado por su capacidad para madurar el cérvix y desencadenar contracciones uterinas, presenta desafíos relacionados con la determinación de la dosis óptima y la ruta de administración adecuada (oral, vaginal o sublingual), las cuales pueden influir significativamente en los resultados maternos y neonatales lo que subraya la necesidad de un enfoque integral en la gestión de salud.

En este contexto se plantea la necesidad urgente de estandarizar las prácticas clínicas relacionadas con la inducción del parto, así como de establecer políticas y protocolos de salud pública que aborden estas cuestiones de manera efectiva. La variabilidad en las prácticas clínicas, la falta de estandarización en la administración de misoprostol, y las altas tasas de complicaciones relacionadas con procedimientos obstétricos y requieren un análisis detallado para optimizar los resultados maternos y neonatales y reducir las desigualdades en la atención

sanitaria.

1.3 Planteamiento del Problema

1.3.1 Problema General

¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuál es la tasa de partos vaginales exitosos entre mujeres tratadas con misoprostol versus aquellas que no recibieron ningún tratamiento?

¿Cuál es la dosis de misoprostol que tiene mejor eficacia en la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda enero - julio del 2024?

¿Cuáles son los efectos secundarios y complicaciones relacionados con el uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro?

1.4 Delimitación de la Investigación

La presente investigación se delimita al análisis exhaustivo de la eficacia y seguridad del misoprostol como agente inductor del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2024. Este estudio descriptivo y cuantitativo adoptará un enfoque retrospectivo para evaluar una

muestra representativa de 59 pacientes. Se centrará en la tasa de éxito de partos vaginales inducidos con misoprostol, comparando diversas dosificaciones y su impacto en el progreso del trabajo de parto, así como en la identificación y análisis de efectos secundarios y complicaciones asociadas al uso del fármaco, tales como hiperestimulación uterina y sufrimiento fetal. La investigación priorizará la administración sublingual del misoprostol, evaluando su efectividad en comparación con otras rutas de administración (vaginal y oral) y su repercusión en la morbilidad materno-fetal. Además, se analizarán variables clínicas clave, como la edad gestacional, la dosificación administrada, el tiempo transcurrido hasta la inducción efectiva, y el estado de salud materno-fetal pre y post-inducción, para determinar su influencia en los resultados obstétricos. La delimitación geográfica se circunscribe al Hospital Alfredo Noboa Montenegro en Guaranda, una institución de referencia para la atención de embarazos de alto riesgo en la región. La delimitación temporal abarca un periodo de seis meses, permitiendo así una evaluación integral y detallada de los casos atendidos durante este intervalo. El propósito de esta delimitación es proporcionar un análisis técnico y específico que contribuya a la mejora de las prácticas clínicas y las políticas de salud basadas en evidencia científica, con el fin de optimizar los resultados perinatales y promover una atención obstétrica de alta calidad y seguridad para las gestantes.

1.5 Justificación

La inducción del parto es una práctica obstétrica esencial que se realiza para iniciar artificialmente el trabajo de parto antes del inicio espontáneo, particularmente en situaciones donde el bienestar materno-fetal está comprometido. Este

procedimiento es vital en casos de complicaciones como hipertensión gestacional, retraso del crecimiento intrauterino y ruptura prematura de membranas, condiciones que pueden poner en riesgo la salud tanto de la madre como del feto. Entre los métodos farmacológicos disponibles para la inducción del parto, el misoprostol ha emergido como una opción relevante debido a su capacidad para madurar el cérvix y desencadenar contracciones uterinas.

El misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina E1, se destaca por su eficacia, fácil administración y perfil de seguridad, aunque su uso no está exento de controversias. La determinación de la dosis óptima es crucial para maximizar la eficacia y minimizar los riesgos de complicaciones como la hiperestimulación uterina, que puede llevar a sufrimiento fetal o cesáreas de emergencia. Además, la variabilidad en las prácticas clínicas y en la respuesta clínica observada en distintas poblaciones de pacientes resalta la necesidad de estandarizar las prácticas relacionadas con su administración. Este estudio se propone abordar estas inquietudes mediante una evaluación exhaustiva de la eficacia y seguridad del misoprostol administrado por vía sublingual en gestantes atendidas en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, durante el periodo de enero a julio de 2024.

La justificación de esta investigación radica en la necesidad de proporcionar una evaluación rigurosa sobre la eficacia y seguridad del misoprostol en la inducción del parto, contribuyendo así a las políticas de salud materna y a las prácticas clínicas basadas en evidencia. Este contexto plantea la necesidad urgente de un enfoque integral que optimice los resultados maternos y neonatales y reduzca las desigualdades en la atención sanitaria.

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán analizar el uso del misoprostol en las pacientes atendidas e identificar variables que puedan resultar favorables o desfavorables para su uso en relación con la eficacia del fármaco y las complicaciones asociadas. Además, se espera que los hallazgos de este estudio apoyen la toma de decisiones clínicas informadas y promuevan mejoras en la atención perinatal con un enfoque en la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del neonato.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Evaluar la eficacia y seguridad del uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

1.6.2 Objetivos Especificos

- Determinar el tipo de parto ante el uso del misoprostol en las pacientes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro
- Comparar la dosis de misoprostol que tiene mejor eficacia en la inducción del parto
- Analizar los efectos secundarios y complicaciones relacionados con el uso del misoprostol para la inducción del parto.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

2.1.1 Marco conceptual

Parto

Según el parto espontáneo/normal/eutócico: es aquel que comienza de forma espontánea, que representa un riesgo bajo al inicio y perdura como tal hasta el alumbramiento. El neonato nace de forma espontáneamente en posición cefálica a partir de la 37 a 42 semanas completas de gestación calculadas por fecha de última menstruación. (MSP, 2015)

Un embarazo a término en el periodo entre las 37 y 41 semanas se considera dentro del rango normal. Siendo así, el parto la culminación del embarazo a partir de la semana 37 de gestación; que empieza de forma espontánea en donde la mujer genera su propia oxitocina que da inicio al parto de forma natural presentándose mediante contracciones uterinas que suelen ser regulares, que incrementan en intensidad y frecuencia, que vienen acompañadas de modificaciones fisiológicas en el cuello uterino, mismo que a su vez se divide a en tres etapas: el borramiento y dilatación del cuello uterino, expulsión del neonato y el alumbramiento (salida de la placenta).

Los nacimientos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros porque a menudo los neonatos tienen dificultades para respirar. Los nacimientos posteriores a las 41 semanas de gestación suelen asociarse con un discreto

incremento en el riesgo de muerte neonatal.

Clasificación del parto

Parto pretérmino: Según la guía de práctica clínica del MSP “es el que se presenta entre las semanas 28 y las 36 de gestación”. (MSP, 2015)

Parto a término: lo define como: “es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas de gestación”. (MSP, 2015)

Parto posttérmino: Se define como "el parto que ocurre después de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, contados a partir de la fecha de la última menstruación considerada fiable".(MSP, 2015)

Trabajo de parto

El trabajo de parto se define como "contracciones uterinas adecuadas en frecuencia, intensidad y duración que provocan el borramiento y la dilatación del cuello uterino (cérvix)".

El trabajo de parto es un conjunto de cambios fisiológicos que tienen como finalidad la salida del feto viable de los genitales externos. Se considera que un patrón de trabajo de parto es adecuado cuando hay tres o más contracciones en 10 minutos, cada una con duración de más de 50 segundos.

Inducción del trabajo de parto

Se utiliza inducción del trabajo de parto para asignar todas aquellas prácticas utilizadas en medicina para desencadenar contracciones uterinas y parto, en una gestante con más de 37 semanas de gestación. La finalidad de inducir el parto es resolver un embarazo cuando los beneficios de tener a un neonato fuera del útero

son muchos mayores a continuar con el embarazo, siempre que se tenga en consideración los riesgos que implica tanto para el neonato como para la madre. Del mismo modo, en casos de muerte fetal intrauterina donde la expulsión espontánea del feto no ocurre, la inducción del parto o el aborto es una opción apropiada, dependiendo de la edad de la gestación. Actualmente, la inducción del parto es una práctica muy común. La inducción es relativamente sencilla cuando el cuello uterino está maduro, pero las dificultades aumentan significativamente si el cuello uterino no está maduro (índice de Bishop menor de seis).

Inducir el parto en una gestante con cuello uterino inmaduro se suma a una mayor probabilidad de inducción fallida, y a mayor porcentaje de partos que culminan en cesáreas. Con la administración de las prostaglandinas este problema ha disminuido significativamente.

La inducción del trabajo de parto consiste en la estimulación artificial de contracciones uterinas cuya finalidad es lograr un parto cefalovaginal, la inducción se prescribe cuando existen riesgos asociados a la madre o al feto de continuar con el embarazo, siendo este un procedimiento ampliamente utilizado en obstetricia en la actualidad.

La inducción del parto se ha llevado a cabo desde tiempos antiguos, pero se hizo más común a partir de 1948, cuando Theobald y sus colegas identificaron la oxitocina, extraída de la hipófisis posterior, como la sustancia clave en el inicio natural del trabajo de parto. Cinco años después, Du Vigneaud y su equipo lograron sintetizar esta molécula. Desde entonces, la oxitocina ha sido utilizada como un agente para inducir o estimular las contracciones uterinas durante el parto. Hoy en

día, además de la oxitocina, se están utilizando diversos agentes para preparar el cuello uterino inmaduro y facilitar la evacuación del útero grávido, incluyendo las prostaglandinas, que desempeñan un papel importante en la inducción del parto y los abortos. Ander, J. (2023). Cambios y posición del cuello uterino durante el embarazo. Retrieved 2024, from <https://www.reproduccionasistida.org/posicion-del-cervix-en-el-embarazo/>.

Indicaciones y contraindicaciones

El misoprostol se usa ampliamente en obstetricia para inducir el parto debido a su capacidad para madurar el cérvix y estimular las contracciones uterinas. Su uso debe ser considerado cuidadosamente debido a sus indicaciones específicas y contraindicaciones significativas. El misoprostol es particularmente útil en casos en que el cérvix aún no está preparado para el parto, es decir, cuando está firme, poco dilatado y no borrado (Felgueres y otros, 2022).

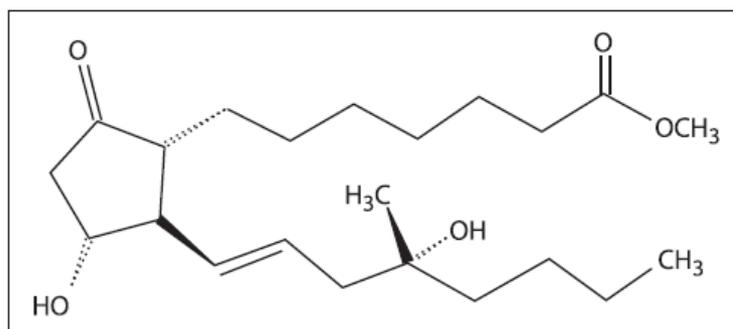
Se recomienda también para embarazos prolongados que van más allá de las 41 semanas de gestación porque incrementa el riesgo en la salud de la madre y el feto debido a la probabilidad de que el bienestar del feto disminuya. Otra indicación común es la muerte fetal intrauterina, donde el misoprostol ayuda a la madre a expulsar al feto, lo que dificulta el proceso emocional y físico. Por otro lado, para evitar complicaciones graves, las contraindicaciones del misoprostol deben ser estrictamente respetadas (Astudillo y otros, 2021).

Está contraindicado en mujeres con historial previo de cesárea o cualquier otra cirugía uterina mayor debido al alto riesgo de ruptura uterina, una complicación grave que puede poner en riesgo la vida tanto de la madre como del bebé. Si hay placenta o vasa previas, hemorragia del tercer trimestre no controlada, miomectomía, cáncer invasivo de cérvix, placenta previa, más de una cesárea previa, embarazo múltiple, rotura uterina previa, vasa previa no se debe usar porque el aumento de la actividad uterina puede causar hemorragias graves antes o durante el parto. Los pacientes con alergias previas a las prostaglandinas no deben tomar misoprostol porque podría causar reacciones alérgicas potencialmente peligrosas; algunas contraindicaciones fetales, sufrimiento fetal, distocia de presentación, feto no encajado, prolapso de cordón umbilical (Cavieres, 2011)

Misoprostol

El misoprostol es un medicamento aprobado para reducir el riesgo de contraer úlcera gástrica en personas que toman medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. También ha sido aprobado para la interrupción del embarazo con otros medicamentos. La maduración cervical (ablandamiento y apertura del cuello del útero), el estreñimiento, el aborto espontáneo no espontáneo y la hemorragia posparto grave también se han tratado con misoprostol. El misoprostol, se utilizó por primera vez como tratamiento para la úlcera péptica en pacientes que recibían antiinflamatorios no esteroideos (AINES), es un análogo de Prostaglandina (PG E1) que es efectivo para la maduración cervical (Brito, Damasceno, Rios, & Carneiro, 2024).

Figura 1 Estructura química del misoprostol



Fuente: Tomado de (Cavieres M. , 2011)

Cytotec es el nombre comercial del misoprostol. La etiqueta del producto de misoprostol indica que las personas que actualmente están embarazadas o tienen la intención de quedar embarazadas no deben usar este medicamento. Los AINE también deben evitarse generalmente durante el embarazo. Sin embargo, antes de hacer cualquier cambio en la forma en que toma este medicamento, es importante hablar con su proveedor de atención médica. Su médico puede hablar con usted sobre los beneficios de tratar su afección y los riesgos de enfermedades no tratadas durante el embarazo (National Library of Medicine, 2022).

Se considera importante en la práctica ginecobstetra por sus efectos uterotónicos, de maduración cervical, de preinducción e inducción del trabajo de parto, siempre y cuando no haya contraindicaciones. El misoprostol, que está registrado en más de 80 países de América y Asia, no está autorizado oficialmente para inducir el parto. Sin embargo, los ginecólogos y obstetras lo utilizan porque hay evidencia científica que lo respalda (Hermida, Correa, & Padilla, 2022).

Propiedades farmacológicas del misoprostol

Es un análogo sintético de la prostaglandina E1 que previene la segregación de ácido gástrico, protege la mucosa gástrica y promueve la cicatrización de las úlceras (Larios, 2019). La acción directa sobre los receptores de prostaglandinas específicos de las células parietales gástricas dirige la actividad anti secretoria. Inhibe la secreción de ácido gástrico basal tanto durante el día como durante la noche, así como la segregación de ácido estimulada por Penta gastrina, alimentos, tetragastrina y betazol. El efecto anti secretorio comienza treinta minutos después de la administración oral y dura al menos tres horas. Preserva la hemodinámica de la mucosa al estimular la secreción de bicarbonato duodenal y la producción de moco gástrico (Ferro y Galindo, 2020).

El misoprostol tiene una biodisponibilidad del 88% y se absorbe rápidamente por vía oral. Se transforma en el hígado, donde se produce un compuesto activo llamado misoprostol ácido, que se puede detectar en el plasma y desaparece con una duración promedio de eliminación de 20 a 40 minutos. El segundo día después de recibir misoprostol dos veces al día, las concentraciones meseta alcanzan su punto máximo. En un 81 a 89%, el misoprostol ácido se une a las proteínas plasmáticas (Zea et al., 2020).

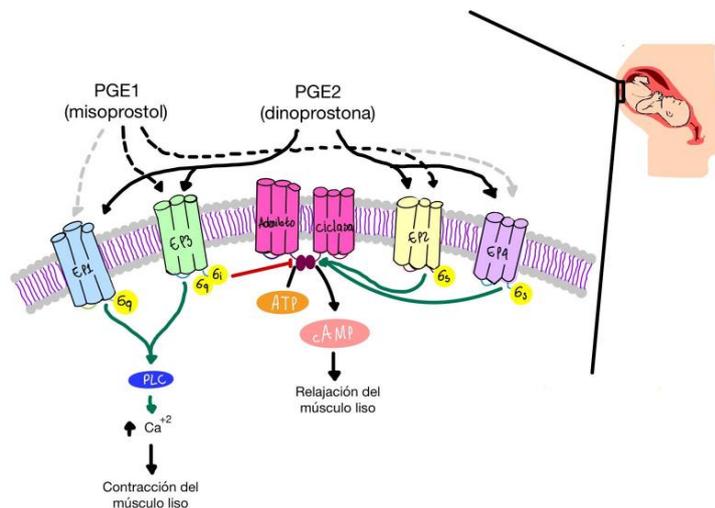
Mecanismo de acción del misoprostol

Los receptores específicos regulan el mecanismo de acción; varios de sus efectos secundarios necesitan la estimular o cohibición de la adenilciclasa mediante la regulación de la producción de AMPc (Montoya, 2011). En algunos tejidos, las

prostaglandinas aumentan el AMPc intracelular, mientras que en otros reducen o se oponen a su aumento. En otros tejidos, el monofosfato cíclico de guanosina (GAMPc) es el mediador intracelular. A veces, el mecanismo intracelular no depende de los nucleótidos cíclicos, como la acción de la prostaglandina E 2 sobre el músculo liso vascular y el miometrio (Merino, 2024).

En estos casos, ayuda a facilitar la entrada de iones como el calcio y otros iones a la célula al inhibir la retención de calcio por la ATP asa que depende del calcio en el retículo endoplásmico, aumentando la condensación de calcio citoplasmático. Este procedimiento conduce a la estimulación de la linaza de cadena ligera de la miosina, la fosforilación de la miosina y, por lo tanto, a la interacción entre la miosina fosforilada y la ACT (Chaluisa & Villalva, 2020).

Figura 2 Mecanismo de acción del Misoprostol



Fuente: Tomado de (Villarraga, 2023)

Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología

El misoprostol es un fármaco análogo sintético de las prostaglandinas E1 (PgE1). Sus dos isómeros son equivalentes. El hecho de que pueda producir contracciones uterinas abrió la puerta a su uso en ginecología y obstetricia, donde se ha observado una disminución significativa en el número de riesgos derivadas del aborto. Así mismo, la utilización de este medicamento es muy eficiente para manejar las hemorragias obstétricas que se presentan en el primer trimestre de gestación, inducir el trabajo de parto y controlar el sangrado posparto, todos los cuales tienen un impacto significativo en los indicadores maternos (Vértiz, 2019).

Además, el misoprostol es un fármaco que ha demostrado mejorar notablemente la calidad de la atención médica para mujeres a nivel global. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) recomiendan su inclusión como uno de los medicamentos esenciales en obstetricia. No obstante, a pesar de la evidencia disponible, su uso sigue siendo restringido, principalmente debido a la falta de información consolidada entre los profesionales de la salud. (Barboza & Rosignoli, 2020).

Por otro lado, el misoprostol ha sido utilizado con sólida evidencia clínica y médica para diversas indicaciones ginecológicas y obstétricas, como la inducción del trabajo de parto, tanto en casos de feto vivo como muerto, la hemorragia posparto, el aborto terapéutico, el manejo del aborto incompleto y retenido, la

evacuación del huevo anembrionado y la maduración cervical antes de procedimientos ginecológicos. (Gonzalez & Juárez, 2017).

El misoprostol es una intervención farmacológica económica en el escenario intrahospitalario debido a su bajo costo. Es indispensable que el medicamento esté registrado para en la ginecología y obstetricia para que esta intervención se pueda llevar a cabo en un hospital. Los comprimidos de misoprostol de 25 µg han sido incluidos en la lista del "Comité de Expertos de la OMS sobre Selección y Uso de Medicamentos Esenciales". Esta inclusión ha facilitado que las listas nacionales de medicamentos esenciales incorporen una dosis baja de misoprostol para su uso en la inducción del trabajo de parto. (Canaval & Ortiz, 2013).

Las revisiones científicas indican que es crucial llevar a cabo más estudios clínicos aleatorizados bien diseñados para abordar cuestiones sobre las dosis y los esquemas óptimos, a fin de asegurar tanto la eficacia como la seguridad del medicamento. Es necesario realizar más investigación clínica para determinar el régimen ideal para la administración del misoprostol por vía bucal o por vía sublingual. También es necesario determinar su seguridad y efectividad en comparación con otras formas de inducir el trabajo de parto, así como su aceptabilidad en las pacientes (Guevara, 2019).

Uso del misoprostol en otros hospitales de Ecuador

Debido a su eficacia y seguridad, el uso del misoprostol en la inducción del parto ha ganado aceptación en varios hospitales de Ecuador. Este medicamento,

que originalmente se utilizó para tratar úlceras gástricas, ha demostrado ser efectivo en la promoción del parto, lo que ha llevado a que se incluya en los protocolos obstétricos de muchas instituciones de salud en el país (Sornoza, 2023). Los protocolos estándar para la inducción de parto en varios hospitales en Ecuador incluyen el uso de misoprostol, especialmente en casos de preeclampsia, ruptura prematura de membranas o embarazo postérmino. Las directrices internas de cada hospital pueden cambiar ligeramente la dosis y el método de administración, pero en general, se siguen las recomendaciones de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Gonzalez & Juárez, 2017).

Por ejemplo, en el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito ha informado sobre la aplicación exitosa del misoprostol en su aplicación clínica. Este hospital sigue un protocolo específico que incluye la administración de misoprostol por vía vaginal o sublingual, dependiendo de la situación clínica de la paciente. Los hallazgos han demostrado una alta tasa de éxito en la inducción del trabajo de parto con efectos secundarios mínimos, lo que fortalece la confianza en el uso de este medicamento (Teran, 2017).

De igual manera en el Hospital Verdi Cevallos Balda en Portoviejo ha incorporado el misoprostol a sus protocolos obstétricos en la zona costera y ha obtenido resultados positivos. La administración de misoprostol ha permitido una mejor gestión de los recursos y la atención oportuna de las gestantes que requieren inducción del trabajo de parto. Los profesionales de la salud de este hospital han destacado la eficacia, la simplicidad y el perfil de seguridad del misoprostol (Gattás, Amorim, Feitosa, Silva, & Ribeiro, 2020).

Es así como el uso de misoprostol para provocar el trabajo de parto en los hospitales de Ecuador muestra una tendencia favorable y en aumento. El uso de este medicamento en varios centros hospitalarios ha mejorado los resultados obstétricos y ha hecho que los recursos disponibles sean más eficientes. El misoprostol se ha convertido en una herramienta útil en la práctica obstétrica en Ecuador, como lo demuestran las experiencias reportadas desde diversas regiones del país (Lapiente., y otros, 2019)

Eficiencia y efectividad del misoprostol en la inducción del parto

El misoprostol se ha demostrado ser un método de inducción del parto efectivo y efectivo, con respaldo de numerosos estudios clínicos y análisis estadísticos. Su capacidad para provocar contracciones y madurar el cérvix ha sido ampliamente documentada, lo que lo convierte en una opción útil para administrar el parto inducido (Larios, 2019).

El misoprostol es extremadamente eficaz en la inducción del trabajo de parto, especialmente en mujeres con un cérvix inadecuado. Según un metaanálisis publicado en el "American Journal of Obstetrics and Gynecology", el misoprostol vaginal permite el parto vaginal en aproximadamente el 74% de los casos dentro de las 24 horas, en comparación con el 47% de los casos tratados con dinoprostona, otro medicamento comúnmente utilizado. Este nivel de eficacia destaca su capacidad para disminuir la necesidad de intervenciones adicionales como cesáreas (Beira, Aneiros, & González, 2022).

Además, el misoprostol también es muy eficaz. Su bajo costo y la estabilidad a temperatura ambiente lo hacen ideal para uso en entornos con recursos limitados. Además, la capacidad de administrar el medicamento por vías oral, sublingual o vaginal agrega flexibilidad a la práctica clínica, permitiendo adaptar el método de inducción a las necesidades y condiciones únicas de cada paciente (Cortés, Merino, & Bustos, 2020).

No obstante, es crucial considerar los riesgos asociados con el uso del misoprostol, como la posible hiperestimulación uterina, que podría dar lugar a complicaciones como ruptura uterina o distress fetal. Aunque estos eventos son raros, la gravedad de los mismos demanda una vigilancia estrecha y la implementación de protocolos claros para su manejo y prevención. (Martínez Vásquez & Muriel Bravo, 2022).

Por lo tanto, el misoprostol se ha demostrado ser un medicamento para la inducción del parto altamente efectivo y eficiente, respaldado por evidencia sólida que destaca su capacidad para facilitar partos vaginales exitosos y su utilidad en una variedad de situaciones clínicas. Este fármaco debe administrarse con precaución para equilibrar su eficacia y los riesgos asociados (Aragón, y otros, 2017).

Factores que influyen en la eficacia del misoprostol

Para optimizar los resultados clínicos, la eficacia del misoprostol en la inducción del trabajo de parto está influenciada por una serie de factores que deben ser cuidadosamente considerados. En primer lugar, la dosis y la forma en que se

administra el misoprostol son esenciales. Las dosis más bajas administradas por vía vaginal o sublingual pueden ser más efectivas y tener menos efectos secundarios que las dosis altas administradas oralmente. Esto se debe a la mayor biodisponibilidad del medicamento cuando se administra por estas vías, lo que permite una inducción del trabajo de parto más controlada y predecible (Zapata, 2023).

Otro factor importante es la condición cervical de la gestante, que se evalúa utilizando la escala de Bishop. La respuesta del cuello uterino a la inducción con misoprostol es más favorable si está más dilatado, borrado y suave. Como resultado, es fundamental realizar una evaluación cervical completa antes de comenzar la inducción. Si el cuello uterino no está preparado para recibir misoprostol, puede ser necesaria una preinducción con otros agentes como prostaglandinas o procedimientos mecánicos para mejorar las condiciones cervicales (Hilario, 2021).

Figura 3 Cambios y posición del cuello uterino durante el embarazo



Fuente: Tomado de (Ander, 2023)

La edad de la gestación es otro factor a tener en cuenta, debido a que el cuerpo de la mujer está más preparado fisiológicamente para el parto en mujeres que están cerca o han superado las 40 semanas de gestación, el misoprostol puede funcionar mejor en estas mujeres. Por otro lado, debido a los riesgos potenciales asociados con la prematuridad, su uso en edades gestacionales más tempranas puede requerir ajustes en la dosificación y una vigilancia más exhaustiva (Zapata, 2023).

Figura 4 *Edad gestacional*



Fuente: Tomado de (Ander, 2023)

Además, las características únicas de la paciente, como su paridad (número de partos anteriores), son importantes. En comparación con las mujeres nulíparas, las mujeres multíparas, es decir, las que han tenido partos previos, suelen responder mejor y más rápidamente a la inducción con misoprostol. Esto se debe a que el útero de las mujeres multíparas está más preparado para los cambios que ocurren durante el parto. Por ello, la eficacia del misoprostol también puede verse afectada por complicaciones médicas o condiciones preexistentes, como hipertensión, diabetes gestacional o problemas placentarios. Para respaldar la

seguridad de la madre como del feto, estas condiciones pueden requerir una vigilancia más intensiva y ajustes en el protocolo de inducción (Zapata, 2023).

Dosis y vías de administración del misoprostol

Es recomendable el uso de misoprostol en dosis de 25 a 50 mcg cada 6 horas en un máximo de 3 dosis en un periodo dentro de las 24 horas desde su primera administración, este medicamento puede administrarse por vía oral, sublingual o vaginal y más recientemente sublingual, ya que ha demostrado ser más eficaz para madurar el cuello uterino siendo capaz de inducir el trabajo de parto en comparación con el dinoprostone, gel cervical o incluso la oxitocina.

Administrar 25 mcg via vaginal de misoprostol es efectivo y tiene menos complicaciones frente a otras dosis más altas, pero, una dosis de misoprostol de 50mcg oral es muy semejante en términos de eficacia y seguridad en cuanto a la vía vaginal inicial de 25 mcg. También se ha utilizado 25 mcg por vía sublingual con resultados similares con respecto a las otras vías de administración.

Según se indica, se recomienda preferir la administración vaginal hasta que haya pruebas más sólidas sobre la seguridad de las vías oral y sublingual para esta indicación. Sin embargo, en situaciones específicas como la rotura prematura de membranas, cuando se debe evitar la manipulación vaginal, se puede optar por la vía oral o sublingual. Para la administración oral, la dosis inicial recomendada es de 50 mcg, mientras que para la vía sublingual es de 25 mcg. En ambos casos, el lapso entre las dosis necesita ser de 3 a 4 horas. Se han utilizado también otras vías de administración, como la bucal (entre lamejilla y la encía) y la rectal, en ensayos clínicos. Sin embargo, no hay suficiente evidencia para recomendar estas

vías de manera generalizada. La rapidez con la que se resuelve el parto depende no solo de la dosis, la vía de administración y el intervalo entre dosis, sino también del número de partos y del estado del cuello uterino (cérvix). El tiempo puede ser más prolongado en mujeres nulíparas o en aquellas con un índice de Bishop bajo

Vía oral

Cuando se administra oralmente, el misoprostol se absorbe rápida y extensamente, alcanzando una absorción del 88%. La presencia de alimentos y antiácidos puede reducir tanto la tasa como la cantidad de absorción. Tras la administración oral, los niveles plasmáticos de misoprostol aumentan rápidamente, alcanzando su concentración máxima entre 12,5 y 60 minutos, y disminuyendo a un nivel mucho más bajo después de 120 minutos de su administración. El tono del útero comienza a elevarse alrededor de los 8 minutos y alcanza su punto máximo cerca de los 26 minutos. Debido a la rápida disminución de los niveles plasmáticos, los intervalos entre dosis pueden ser tan cortos como 2 o 3 horas cuando se administra por vía oral.

El misoprostol experimenta un extenso metabolismo durante la primera circulación, formando su principal metabolito activo, el ácido misoprostólico, que luego se metaboliza en los tejidos del cuerpo. La cohibición de la secreción ácida gástrica ocurre aproximadamente 30 minutos después de una dosis oral única, alcanzando su efecto máximo entre 60 y 90 minutos. La vida media de excreción del ácido misoprostólico puede variar entre los 20 y 40 minutos, y puede extenderse hasta 80 minutos en personas con disfunción renal. La eliminación del medicamento ocurre principalmente a través de sus metabolitos, con alrededor del

15% de la dosis excretada en las heces y el 74% en la orina, durante un período de 7 días.

Vía vaginal

La biodisponibilidad del misoprostol administrado por vía vaginal es tres veces mayor que cuando se administra por vía oral. Tras la administración vaginal, la concentración plasmática de misoprostol aumenta gradualmente, alcanzando su punto máximo entre 60 y 120 minutos, y luego disminuye lentamente, manteniéndose en un 61% del nivel máximo a las 4 horas. Además, al añadir agua a la tableta de misoprostol administrada vaginalmente, los niveles séricos permanecen más altos a las seis horas de la administración, lo que propone un aumento en la absorción, aunque no está claro si esto tiene una relevancia clínica significativa.

Es importante considerar que, dado que las píldoras de misoprostol deben disolverse en el pH ácido del estómago, la solubilidad del medicamento administrado por vía vaginal debería ser investigada más a fondo. Con la administración vaginal del misoprostol, el tono uterino cambia rápidamente, comenzando a elevarse a los 21 minutos y alcanzando su punto máximo alrededor de los 46 minutos. Este efecto puede estar relacionado con la liberación local de óxido nítrico, un mecanismo que se observa exclusivamente en mujeres embarazadas. En los embarazos a término, existe una relación entre la exención de óxido nítrico del cérvix y el índice de Bishop.

Si el efecto farmacológico de la droga depende de la concentración plasmática, el intervalo de administración por vía vaginal debería ser teóricamente

mayor de 4 horas. Por lo tanto, la dosis debería repetirse con intervalos mínimos de 6 horas, en lugar de cada 3 o 4 horas, fundamentándose en la convicción de la perduración de niveles elevados de los metabolitos de misoprostol en el suero materno durante este período.

Vía sublingual

La administración por vía sublingual la concentración plasmática suele ser parecido a la vía oral, a diferencia que presenta niveles más elevados. La característica que hace que la vía sublingual sea adecuada para situaciones que requieren niveles plasmáticos elevados rápidamente es su capacidad para proporcionar una absorción rápida. Se ha observado un aumento significativo del tono uterino apenas 10 minutos después de la administración sublingual.

Para la inducción del parto, la vía sublingual debe usarse con precaución, ya que puede provocar un mayor número de casos de taquisistolia debido a la rápida y elevada concentración plasmática alcanzada por esta vía.

Efectos secundarios y complicaciones asociadas al misoprostol

Según Valderrama (2021) aunque el uso de misoprostol para inducir el trabajo de parto es generalmente seguro y efectivo, puede resultar en varias complicaciones que los profesionales de la salud deben considerar y manejar cuidadosamente.

La hiperestimulación uterina es una complicación frecuente asociada con el uso de misoprostol. Se manifiesta mediante contracciones uterinas excesivas y

prolongadas, lo que puede llevar al sufrimiento fetal debido a una reducción en el flujo sanguíneo placentario. Esta condición puede provocar desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal, que podrían requerir intervenciones inmediatas, como la administración de tocolíticos para relajar el útero o, en casos graves, una cesárea de emergencia.

Otra complicación significativa es el riesgo de ruptura uterina, especialmente en mujeres con cicatrices uterinas anteriores, como las que han tenido una cesárea previa. El misoprostol puede ejercer tensión sobre estas cicatrices, incrementando el riesgo de ruptura, una complicación grave que pone en riesgo la vida de la madre y del feto. Este riesgo exige una vigilancia rigurosa y, en algunos casos, la decisión de evitar el uso de misoprostol en mujeres con cicatrices uterinas previas.

Además, el misoprostol puede causar efectos secundarios gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea. Aunque estos síntomas suelen ser leves y autolimitados, si no se manejan adecuadamente, pueden provocar incomodidad significativa y, en algunos casos, deshidratación. Para minimizar estos efectos secundarios, se prefiere a menudo la administración de misoprostol por vía vaginal o sublingual.

El misoprostol también puede estar asociado con complicaciones graves, como la hemorragia postparto, aunque este problema es menos frecuente. Tras la expulsión del feto, puede presentarse atonía uterina, una condición en la que el

útero no se contrae de manera efectiva para controlar el sangrado. La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica que requiere una intervención rápida y puede incluir la administración de medicamentos uterotónicos adicionales, transfusiones de sangre y, en casos severos, procedimientos quirúrgicos. (Valderrama, 2021).

Normativas y regulaciones sobre el uso del misoprostol

El uso del misoprostol en la práctica obstétrica está sujeto a una serie de regulaciones y reglamentos a nivel internacional y nacional para garantizar que sea seguro y efectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido pautas claras sobre cómo administrar misoprostol para provocar el trabajo de parto a nivel mundial. Las instrucciones de uso del medicamento, la vía de administración y la dosificación están incluidas en estas pautas. La Organización Mundial de la Salud destaca la relevancia del uso de misoprostol en entornos clínicos donde se pueda monitorear adecuadamente a la madre y al feto y se disponga de recursos para abordar posibles complicaciones (Fain, Ábalos, & Ariza, 2023).

Basándose en las recomendaciones internacionales, cada país ha desarrollado sus propias regulaciones adaptadas a sus contextos específicos. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública ha integrado el uso de misoprostol en los protocolos de atención obstétrica. Según las guías nacionales, su administración debe estar a cargo de personal de salud capacitado y realizarse en instalaciones equipadas para manejar emergencias obstétricas. Estas regulaciones establecen las dosis recomendadas y las indicaciones precisas para su uso, como en la

inducción del parto por motivos médicos, el tratamiento de abortos incompletos y la prevención de hemorragias postparto. (Ramos Grados, 2022).

El consentimiento informado también forma parte de las leyes nacionales. Antes de administrar misoprostol, es fundamental que los pacientes reciban información clara y completa sobre los beneficios y riesgos del medicamento. Este proceso permite a las pacientes tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su atención médica. Además, las regulaciones exigen el mantenimiento de registros detallados de la administración del medicamento, que deben incluir la dosis, la vía de administración y las respuestas clínicas. Esta documentación es crucial para el seguimiento y la evaluación del uso del misoprostol (Ramos Grados, 2022).

En muchos países, el uso de misoprostol está regulado en términos de su distribución y disponibilidad. Generalmente, se clasifica como un medicamento de prescripción controlada, lo que implica que solo puede ser administrado con una receta médica y adquirido en farmacias autorizadas. Esta regulación tiene como objetivo prevenir el uso indebido del medicamento y asegurar que se utilice de manera segura y adecuada. (Merino, 2024).

Además de las regulaciones específicas sobre el uso de misoprostol, existen leyes y normativas más amplias que influyen en su administración. Estas abarcan normas sobre la práctica médica y la responsabilidad profesional, que exigen a los profesionales de la salud actuar en el mejor interés de sus pacientes y adherirse a estándares de atención basados en la evidencia.

Puntuación de Bishop

En 1964, Bishop fue el primero en proponer un sistema de puntuación cuantitativo de la pelvis. Observó que las mujeres con una puntuación de nueve o más no experimentaban fracasos en la inducción y tenían un trabajo de parto más breve tras la administración. Por otro lado, las mujeres con un cérvix inmaduro (puntuación inferior a seis) tienen un riesgo mucho más elevado de fracaso con el uso de oxitocina, lo que se traduce en una mayor tasa de cesáreas.

La puntuación de Bishop tiene como objetivo evaluar de manera confiable la probabilidad de éxito en la inducción del parto y ayuda a seleccionar el fármaco más adecuado para la maduración cervical. Este índice facilita los cambios físicos y bioquímicos en las fibras de colágeno y elastina del cuello uterino lo que permite una mayor elasticidad durante el trabajo de parto. El índice de Bishop se utiliza para valorar la maduración cervical de manera precisa. Es un índice pélvico que mide variables independientes del cuello uterino y consta de cinco parámetros, cada uno asociado con un estadio específico y que otorga un puntaje diferente.

Tabla 1 *Índice de Bishop*

Características y puntuaciones de la valoración cervical según el índice de Bishop				
Puntuación	0	1	2	3
Borramiento (%)	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Dilatación (cm)	Cerrado	1-2 cm	3—4 cm	5-6cm
Consistencia	Duro	Media	Blando	
Posición	Posterior	Intermedio	Central	

Presentación	Alto	I	II	III
Total				

Fuente: Guía técnica para la atención del parto MSP

Se considera que los cuellos aptos para la inducción de la actividad uterina con oxitócicos tienen un puntaje de Bishop igual o mayor a seis. Los índices de 9 o más indican un 100% de éxito en la inducción. Los índices de 5 a 8 están asociados con un 5% de fracasos, mientras que los índices de 4 presentan un 20% de fracasos. La inducción con oxitocina es más adecuada para cuellos con un puntaje de Bishop mayor de 6, mientras que para cuellos con un puntaje menor de 6 se recomienda el uso de análogos de prostaglandinas, como el misoprostol.

2.1.2 Antecedentes investigativos

Beira et al (2022) llevaron a cabo un estudio sobre la eficacia y seguridad del misoprostol vaginal en la maduración cervical e inducción del parto, donde mencionan que se realizó un estudio comparativo retrospectivo entre 2018 y 2020 en el Área Sanitaria de Ferrol, España, que evaluó la seguridad y eficacia del misoprostol intravaginal en comparación con el dispositivo vaginal de liberación prolongada de dinoprostona para provocar el parto. Se realizaron análisis de 508 pacientes, que se dividieron en dos grupos según el tipo de prostaglandina utilizado. No se descubrieron diferencias significativas en las indicaciones de inducción entre los dos grupos, aunque el misoprostol se utilizó más en embarazos prolongados y la dinoprostona en casos de rotura prematura de membranas. La dinoprostona y el misoprostol disminuyeron el tiempo hasta el inicio del parto, pero las tasas de inicio

del parto eran similares. En cuanto a la seguridad perinatal, ambos grupos tuvieron un pH arterial umbilical bajo y pocos casos de Apgar bajo.

El estudio de Larios (2019) sobre la eficacia de la inducción del trabajo de parto con misoprostol en embarazos a término y prolongados con cérvix desfavorable, reveló que según el Hospital primario Jacinto Hernández, desde mayo de 2017 hasta abril de 2018, los métodos de inducción del parto, especialmente para pacientes con factores de riesgo, pueden aumentar la mortalidad materno-fetal. Estos métodos han sido extensamente investigados para evaluar su eficacia y seguridad, lo que puede mejorar la atención médica y generar efectos económicos importantes a nivel mundial. En el Hospital Jacinto Hernández, se demostró la aplicación de misoprostol en embarazos a término y prolongados que presentaban un cérvix insuficiente. En el 91% de los casos, el misoprostol es efectivo para alcanzar la madurez cervical, lo que permite un desenlace mayoritariamente vaginal del embarazo y reduce las cesáreas necesarias, sin complicaciones directas y con buenos resultados obstétricos y neonatales. Esto se demostró en la población analizada, que era principalmente joven y residía en áreas rurales.

Chaluisa y Villalva (2020) en su estudio mencionan que la inducción del parto es un método indicado para las pacientes que tienen un alto riesgo de continuar embarazadas. El objetivo es evaluar las complicaciones materno-fetales causadas por la administración de misoprostol durante la inducción de embarazos a término en pacientes que fueron atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba entre mayo 2019 y marzo 2020. Materiales

y técnicas: En un estudio de corte transversal descriptivo, retrospectivo y no experimental llevado a cabo en el Hospital General Docente Riobamba entre mayo 2019 y marzo 2020, se analizaron 365 historias clínicas de 73 pacientes. Se les administró misoprostol en dos dosis de 25 y 50 microgramos vía sublingual y vaginal para lograr la maduración del cuello uterino y posteriormente inducción del parto en embarazos a término. Resultó que 235 (64%) de las 365 mujeres embarazadas terminaron su embarazo mediante cesáreas y 130 (35.61%) mediante partos vaginales. En una muestra de 73 pacientes con un puntaje de Bishop desfavorable, se presentaron las siguientes complicaciones maternas: hemorragia después del parto en 21 pacientes (30.3%), lesión en el canal del parto en 21 pacientes (30.13%), y cesárea de emergencia por inducción fallida en 4 pacientes (2.73%). Otras complicaciones incluyeron hemorragia posparto por vía vaginal en 11 pacientes (15.06%), taquisistolia en 5 pacientes (6.84%), cesárea por inducción fallida en 3 pacientes (4.10%), y otras complicaciones en 3 pacientes (4.10%). En cuanto a problemas fetales, se observaron pérdida del bienestar fetal en 16 casos (21.91%), aspiración de líquido meconial en 14 casos (19.17%), y sin complicaciones en 43 casos (58.90%). El misoprostol induce el trabajo de parto, pero debe ser administrado bajo estricta vigilancia médica debido a las posibles complicaciones.

Vértiz (2019) realizó un estudio sobre el uso del misoprostol intravaginal en la inducción del trabajo de parto y las complicaciones maternas perinatales en gestantes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – 2019, llevó a cabo un estudio cuantitativo, correlacional, de diseño de casos y controles para determinar si el uso

de misoprostol intravaginal durante la inducción del trabajo de parto puede provocar complicaciones maternas perinatales. La población era de 170 gestantes y el porcentaje de muestra era del 100 %. Para analizar la relación entre el uso de misoprostol intravaginal y las complicaciones maternas y perinatales durante la inducción del trabajo de parto, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Versión 25, considerando un nivel de significancia del 5%. Los resultados del estudio mostraron una relación muy significativa sobre el uso de misoprostol y la presencia de dificultades maternas y perinatales, con porcentajes del 94.6% y 83.8%, respectivamente. Entre las complicaciones maternas asociadas con el uso de misoprostol se incluyeron el síndrome de hiperestimulación en un 56.8% y el parto precipitado en un 30.2%. En cuanto a las complicaciones perinatales, se observó sufrimiento fetal en un 77.0% de los casos con misoprostol, frente al 33.3% en aquellos sin misoprostol. En conclusión, las complicaciones perinatales son más comunes en mujeres que utilizan misoprostol en comparación con aquellas que no lo utilizan.

(Carranza, 2019) en su investigación el objetivo del presente estudio, fue de tipo analítico, observacional, prospectivo y correlacional, donde se determinó la relación entre la utilización del misoprostol para la inducción del trabajo de parto y la presencia de pérdida de bienestar fetal en mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, entre los meses de enero a julio del 2016. Se seleccionarán 196 mujeres con embarazos a término de manera no aleatoria, según la urgencia clínica, para que puedan dar a luz en el Hospital Belén de Trujillo durante el período de enero a julio de 2016. La investigación actual se llevó a cabo

en el área de ginecología del Hospital Belén de Trujillo. Una vez que se identifiquen los pacientes, se recopilará información a través de una ficha de observación, se ordenará en Microsoft Office Excel 2016 y se procesará en el Software Estadístico SPSS Ver 24.0, donde se analizaron los resultados. El informe final se creó una vez que se procese la información.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

El misoprostol oral como agente inductor es efectivo para iniciar el trabajo de parto y lograr que la tasa de partos eutócico o vaginales sean mayor ante la tasa de partos por cesárea.

2.2.2 Hipótesis específicas

- La tasa de partos vaginales tiene un 90% de éxito en mujeres tratadas con misoprostol oral frente al 10% que terminaron en cesárea.
- La dosis de misoprostol que tiene mejor eficacia en la inducción del parto en gestantes es de 25 mcg.
- Los efectos secundarios y complicaciones relacionados con el uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes son los siguientes: efectos secundarios más frecuentes; taquisistolia uterina náuseas, vómitos, escalofríos y dispepsias; en cuanto a las complicaciones fetales se presentan sufrimiento fetal agudo, distrés respiratorio y síndrome de aspiración meconial.

2.3 Variables

2.3.1 Variables Independientes

Uso del misoprostol

2.3.2 Variables Dependientes

Inducción del trabajo de parto

2.3.3 Operacionalización de las variables

Tabla 2 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión o categoría	Indicadores	Índice
<ul style="list-style-type: none"> • Variable independiente • uso del misoprostol 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia con la que se utiliza misoprostol 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Cuantitativa 	1. Dosis	<ul style="list-style-type: none"> 1. 25 mcg 2. 50 mcg 3. 75 mcg
			2. Vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> 1. Vía sublingual 2. Vía oral 3. Vía vaginal
			3. Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> 1. Náuseas 2. Vómito 3. Diarrea 4. Escalofríos
<ul style="list-style-type: none"> • Variable dependiente • Inducción del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia con la que se indica inducción del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Cuantitativa 	1. Inducción exitosa	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de efectividad
			2. Inducción fallida	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de fracasos
			3. Culminación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> 1. Parto vaginal 2. Parto por cesárea
			4. Complicaciones maternas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Taquicardias 2. Ruptura uterina
			5. Complicaciones fetales	<ul style="list-style-type: none"> 1. Distrés respiratorio 2. Sufrimiento fetal

				3. Líquido amniótico meconial
--	--	--	--	-------------------------------

Elaborado por: Nuñez Karen, Chávez Anshela

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1 Método de investigación

En la presente investigación la evaluación del uso del misoprostol en la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro se implementó el método deductivo. Se llevó a cabo una revisión de tipo bibliográfica utilizando artículos y revistas científicas, observando documentos y estudios relacionados con el tema. Además, se acopio información obtenida de una base de datos estadística del Hospital acerca de pacientes gestantes que fueron atendidas durante el periodo de estudio, mismos datos que obtuvimos fueron tabulados y analizados usando hojas de cálculo en la plataforma de Excel versión 2019, cuyos resultados se consiguieron conforme al estudio.

3.2 Modalidad de investigación

La modalidad de la presente investigación se categoriza de tipo cuantitativa ya que el objetivo central es investigar el valor porcentual de la tasa de partos vaginales frente a cesáreas en aquellas pacientes con inducción del parto con

misoprostol en el establecimiento de salud, mediante la información de evoluciones medicas de pacientes que fueron ingresadas al del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, los mismo fueron revisados, examinados y analizados estadísticamente mediante el uso las hojas de cálculo de Excel 2019 .

3.3 Tipo de investigación

Según su propósito: Es una investigación pura ya que su enfoque primordial es proporcionar información eficaz con el objetivo de generar conocimientos del tema, área u objeto de estudio mediante la recopilación de información.

Según su lugar: Es Bibliográfico puesto que la principal fuente de información se obtuvo de: artículos científicos, revistas médicas, historias clínicas médicas y guías de práctica clínica.

Según el nivel de estudio: Es descriptivo porque su objetivo es identificar las principales características del estudio sin alterar las variables de la población, por lo que se clasifica como observacional.

Según la dimensión temporal: Transversal pues se observa a un grupo de personas y se recopila cierta información dentro de un periodo establecido, enero – julio 2024.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1 Técnicas

Debido a la metodología que se implementó en el estudio, la técnica será de tipo observacional, ya que obtendremos una recopilación de varios datos que forman parte de la evolución clínica proporcionada por el área de estadística del

Hospital General Alfredo Noboa Montenegro con la finalidad de obtener una perspectiva general tomando los aspectos principales y relevantes, también presenta un enfoque definido del tema de estudio.

3.4.2 Instrumentos

Historias clínicas

Base de datos

Historias clínicas

Son los registros detallados de las historias clínicas de cada una de las gestantes, en las cuales constan las notas de evolución, progresiones, diagnóstico, el tratamiento administrado, dosificación y tiempo de acción de este, nos proporcionara una visión continua y cronológica del estado de las pacientes embarazadas el mismo que nos ayudara a realizar un seguimiento de forma precisa.

Base de Datos

Se diseñará una base de datos para simplificar la recolección de datos de las historias clínicas. Este instrumento estandarizará la recopilación de información, garantizando que todos los datos relevantes se registren de manera sistemática.

Se utilizará software estadístico para llevar a cabo el análisis descriptivo y correlacional de los datos, facilitando el manejo de grandes volúmenes de información y asegurando la precisión en los cálculos.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población está conformada por pacientes embarazadas entre la semana 37 a 40.5, obteniendo un total de 450 pacientes gestantes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

3.5.2 Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra del trabajo de investigación se utilizó la siguiente fórmula:

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

Muestra:

N= población= 450

n= muestra

Z= nivel de confianza= 90%= 1.65

p= probabilidad de éxito = 50%

q= probabilidad de fracaso = 50%

e=margen de error= 10%= 0.1

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \times p \times q} = \frac{1.65^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 450}{0.1^2 (450 - 1) + 1.65^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{306.28125}{5.170625} = 59.2348$$

n= 59

La muestra seleccionada de este estudio está formada por 59 Pacientes gestantes de 37 a 40.5 semanas las mismas que fueron valoradas y examinadas mediante una indagación minuciosa al elaborar sus historias clínicas y que estén dentro de los criterios de inclusión de nuestro estudio.

3.6 Cronograma del Proyecto

Meses		Enero				febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre	
N ^a	Actividades	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
1	Selección de tema					x																													
2	Aprobación del tema						x																												
3	Recopilación de la información							x																											
4	Desarrollo del capítulo I								x																										
5	Desarrollo del capítulo II									x																									
6	Desarrollo del capítulo III										x																								
7	Elaboración de las encuestas													x																					
8	Elaboración de tabla de datos													x																					

3.7. Recursos

3.7.1 Recursos humanos

Para la elaboración de este proyecto de investigación se requirió de la colaboración de los siguientes recursos humanos

Tabla 4 *Recursos humanos*

Recursos humanos	Nombres
Investigadores	Karen Lizbeth Guasgua Nuñez Anshela Brigitte Chávez Llanos
Asesor del proyecto de investigación	Obst. Diana Ruiz Genesis Natali

Elaborado: Nuñez Karen, Chávez Anshela

3.7.2 Recursos económicos

Para la presentación de esta investigación fue esencial generar la siguiente inversión.

Tabla 5 *Recursos económicos*

Recursos económicos	INVERSION
Internet	40
Hojas	8
Impresión de documentos	15
USB	6
Esferos gráficos	4
Movilización y transporte	45

Alimentación	25
TOTAL	143

Elaborado: Nuñez Karen, Chávez Anshela

3.8 Plan de tabulación de análisis

3.8.1 Base de datos

La base de datos se contratará mediante el análisis de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro en el periodo de enero – julio 2024.

3.8.3 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recopilados se ingresaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2021, donde cada fila correspondía a una paciente y cada columna a un indicador específico. Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los datos ingresados para identificar y corregir errores de entrada, datos duplicados y valores faltantes. Los datos incompletos fueron manejados eliminando las filas afectadas para asegurar la integridad del análisis. Además, se garantizó que todos los datos estuvieran en un formato uniforme.

Las variables categóricas se codificaron numéricamente para facilitar el análisis; por ejemplo, las respuestas a las preguntas se codificaron como 1 para "sí cumple con el criterio" y 0 para "no cumple con el criterio".

Se utilizaron gráficos para visualizar los resultados de manera clara y concisa. Se crearon gráficos de barras para comparar el porcentaje de respuestas "sí cumple" y "no cumple" entre los diferentes grupos de edad. Estos gráficos

ayudaron a identificar patrones y tendencias en los datos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

4.1.1. Descripción de la Población Estudiada

Análisis demográfico: Edad, número de gestas previas, tipo de parto anterior, cesáreas previas, abortos.

Tabla 6 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para la Edad*

Estadísticos		
Edad		
N	Válido	59
	Perdidos	0
Media		26,3051
Mediana		26,0000
Moda		22,00 ^a
Desv.		5,7423
Desviación		2
Varianza		32,974
a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.		

Nota: Esta tabla presenta los estadísticos descriptivos (media, mediana, moda) para la variable "Edad" de las pacientes estudiadas. Utilizando SPSS.

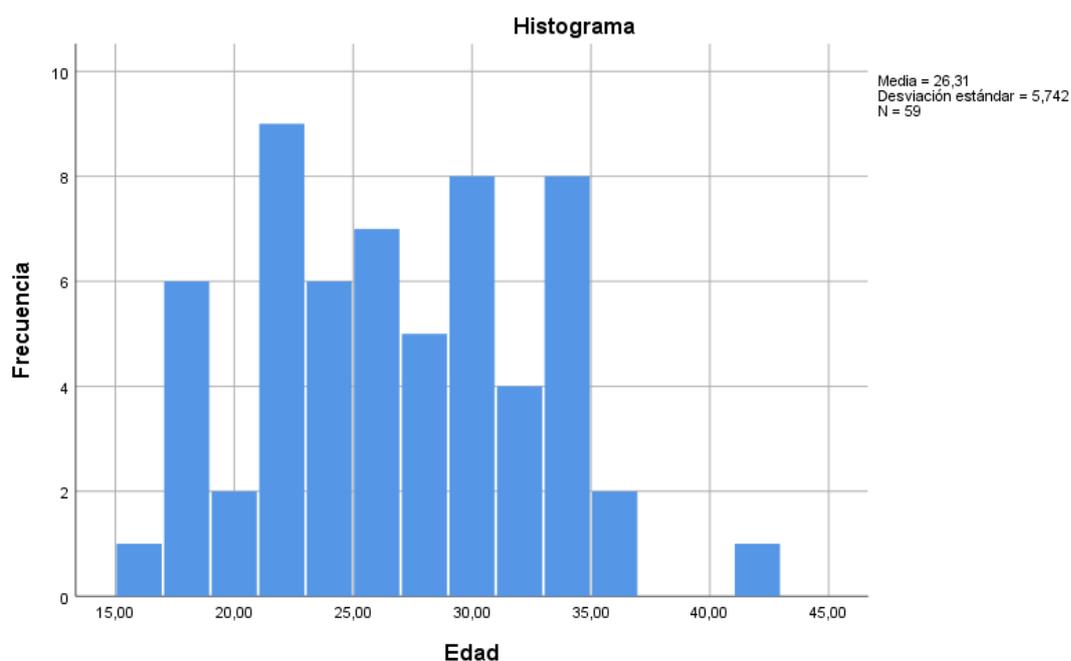
El análisis de los resultados obtenidos en la Tabla 6, que presenta la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para la variable "Edad", revela que la muestra estudiada consistió en 59 pacientes, sin ningún dato perdido.

La media aritmética de la edad fue de 26.31 años, lo que sugiere que la mayoría de las participantes se encuentran en un rango de edad reproductiva joven. La mediana, que es el valor central cuando los datos se ordenan de menor a mayor, fue de 26 años, confirmando la tendencia central de la edad hacia el mismo rango. La moda, que representa el valor más frecuente en el conjunto de datos, fue de 22 años, aunque es importante destacar que se identificaron múltiples modos, y se reportó el valor más bajo.

La desviación estándar, que cuantifica la dispersión de las edades respecto a la media, fue de 5.74 años, lo que indica una variabilidad moderada en la distribución de la edad de las pacientes. Esta variabilidad también se refleja en la varianza, cuyo valor fue de 32.97, sugiriendo una dispersión considerable de los datos en torno a la media.

En conjunto, estos estadísticos describen una población mayoritariamente joven, con una ligera dispersión en las edades, lo cual podría tener implicaciones en el análisis posterior, especialmente al evaluar la respuesta al uso de misoprostol para la inducción del parto en función de la edad de las pacientes.

Figura 5 *Histograma de edad*



Nota: Esta tabla presenta la distribución de frecuencias para la variable "Edad" de las pacientes estudiadas. Se analizó SPSS.

El análisis del histograma de la variable "Edad" muestra la distribución de frecuencias de las pacientes estudiadas, destacando que la mayor parte de la muestra se concentra en edades entre los 20 y 35 años. La media aritmética se sitúa en 26.31 años, lo cual confirma que la mayoría de las pacientes son mujeres jóvenes en edad reproductiva. La dispersión de los datos alrededor de la media es moderada, con una desviación estándar de 5.74, lo que indica cierta variabilidad en las edades de las participantes.

La figura 5 revela una mayor frecuencia de casos en el rango de los 20 a 25 años, siendo notable también un número significativo de pacientes entre los 30 y 35 años. La menor presencia de pacientes en los extremos del rango de edad,

especialmente por encima de los 40 años, sugiere que el grupo estudiado está compuesto principalmente por mujeres en su etapa más fértil. Esta distribución es crucial para comprender cómo la edad puede influir en la respuesta al uso de misoprostol para la inducción del parto, ya que el comportamiento de las variables clínicas podría variar según la edad de las gestantes.

Tabla 7 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Número de Gestas Previas*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	,00	23	39,0	39,0
	1,00	18	30,5	69,5
	2,00	11	18,6	88,1
	3,00	2	3,4	91,5
	4,00	4	6,8	98,3
	5,00	1	1,7	100,0
	Total	59	100,0	
Estadísticos				
Gestas previas				
N	Válido	59		
	Perdidos	0		
Media	1,1356			
Mediana	1,0000			
Moda	,00			
Desv. Desviación	1,26570			
Varianza	1,602			

Nota: Esta tabla muestra la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para el "Número de Gestas Previas". Los datos se obtuvieron mediante el análisis en SPSS.

El análisis de la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para el "Número de Gestas Previas" revela que una gran parte de las participantes en el estudio, exactamente el 39%, no habían tenido gestaciones previas, mientras que el 30.5% reportó una gestación anterior. A medida que aumenta el número de gestas previas, la frecuencia disminuye, observándose que solo el 1.7% de las

mujeres había tenido cinco gestaciones.

La media de gestas previas en la muestra fue de 1.14, lo que sugiere que, en promedio, las pacientes habían experimentado al menos una gestación. La mediana, que indica el valor central en la distribución de los datos, se situó en 1, corroborando que la mayoría de las participantes habían tenido una o ninguna gestación previa. La moda, que refleja el número de gestas más común, fue de cero, lo que refuerza la observación de que muchas de las mujeres eran primigestas.

La desviación estándar de 1.27 señala una variabilidad moderada en el número de gestas previas entre las pacientes, y la varianza de 1.60 confirma esta dispersión. En resumen, la mayoría de las mujeres en el estudio tenían una experiencia limitada con gestaciones anteriores, lo que podría influir en su respuesta al tratamiento con misoprostol para la inducción del parto. Esta información es fundamental para contextualizar los resultados obtenidos y evaluar la eficacia y seguridad del fármaco en función del historial obstétrico de las participantes.

Tabla 8 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Tipo de Parto Anterior*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	,00	23	39,0	39,0
	1,00	19	32,2	71,2
	2,00	12	20,3	91,5
	4,00	4	6,8	98,3
	5,00	1	1,7	100,0
	Total	59	100,0	
Estadísticos				
Parto				
N		Válido	59	

	Perdidos	0
Media		1,0847
Mediana		1,0000
Moda		,00
Desv. Desviación		1,22176
Varianza		1,493

Nota: En esta tabla se presenta la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para la variable "Tipo de Parto Anterior".

El análisis se realizó para comprender la prevalencia de los tipos de parto en la población estudiada. El análisis de la tabla 8 que presenta la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para el "Tipo de Parto Anterior" muestra que una proporción significativa de las mujeres estudiadas, un 39%, no había tenido ningún parto previo, lo que indica que estas pacientes eran nulíparas. Un 32.2% de las participantes había experimentado un parto anterior, mientras que el 20.3% reportó haber tenido dos partos previos.

La media para el número de partos anteriores fue de 1.08, lo que sugiere que, en promedio, las pacientes habían tenido aproximadamente un parto previo. La mediana, con un valor de 1, indica que el número central de partos en la muestra es uno, corroborando la tendencia observada en la frecuencia. La moda, con un valor de cero, destaca que la mayoría de las participantes no habían tenido partos previos, lo que es consistente con la alta proporción de nulíparas en el grupo.

La desviación estándar, que mide la dispersión de los datos respecto a la media, fue de 1.22, señalando una variabilidad moderada en la experiencia previa de parto entre las pacientes. La varianza, con un valor de 1.49, refuerza esta observación de dispersión en los datos. En resumen, el grupo estudiado presenta

una diversidad en el historial de partos anteriores, con una tendencia predominante hacia la falta de experiencia previa en el parto, lo cual es un factor importante a considerar en el análisis de la inducción del parto y la respuesta al uso de misoprostol en esta población.

Tabla 9 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Número de Cesáreas Previas*

Cesaría				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	,00	59	100,0	100,0
o				

Nota: La tabla describe los estadísticos descriptivos correspondientes al "Número de Cesáreas Previas".

Se utilizaron las herramientas estadísticas de SPSS para analizar esta variable, proporcionando información sobre las historias quirúrgicas de las pacientes.

El análisis de la tabla que presenta la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para el "Número de Cesáreas Previas" revela que la totalidad de las participantes en el estudio, es decir, el 100%, no había tenido ninguna cesárea previa. Esto indica que todas las mujeres en la muestra eran nuliparás, lo que significa que no contaban con antecedentes quirúrgicos de cesárea antes de este estudio.

Este dato es relevante, ya que la ausencia de cesáreas previas podría influir en las decisiones clínicas relacionadas con el manejo del parto y el uso de misoprostol para la inducción. La falta de historial de cesáreas sugiere que las pacientes podrían no tener cicatrices uterinas, lo que puede reducir ciertos riesgos

asociados con la inducción del parto.

En resumen, el análisis muestra que la población estudiada no tenía antecedentes de cesáreas, lo que podría impactar en la evaluación de la eficacia y seguridad del misoprostol en este grupo específico de pacientes. Esta información es crucial para comprender las características clínicas del grupo y cómo pueden influir en los resultados del tratamiento.

Tabla 10 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para el Número de Abortos*

		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje acumulad o
Válid o	,00	57	96,6	96,6
	1,00	2	3,4	100,0
	Total	59	100,0	

Nota: Esta tabla presenta la distribución de frecuencias de la variable "Número de Abortos". El análisis permite entender la incidencia de abortos en la población estudiada y fue realizado utilizando SPSS.

El análisis de la tabla 10 que detalla la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para el "Número de Abortos" indica que la gran mayoría de las pacientes, representando el 96.6% del total, no había experimentado ningún aborto previo. Solo un pequeño porcentaje, equivalente al 3.4%, reportó haber tenido un aborto.

Este hallazgo resalta que la incidencia de abortos en la población estudiada es muy baja, lo que podría influir positivamente en el pronóstico y manejo obstétrico de estas mujeres. El hecho de que casi todas las participantes no tuvieran antecedentes de abortos sugiere una mayor estabilidad en términos de fertilidad y

menos complicaciones previas que podrían afectar la inducción del parto.

En resumen, el análisis demuestra que los abortos son poco frecuentes en este grupo de mujeres, lo que podría tener implicaciones relevantes al considerar la seguridad y efectividad del uso de misoprostol para inducir el parto en esta población específica. Este aspecto es clave para comprender el contexto clínico y los posibles resultados del tratamiento en este grupo particular de pacientes.

Situación del embarazo actual: Edad gestacional, complicaciones maternas presentes (e.g., preeclampsia, diabetes gestacional).

Tabla 11 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para la Semanas de Gestación*

Estadísticos		
Emb.Ac.Sema		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		39,0322
Mediana		39,3000
Moda		40,50 ^a
Desv. Desviación		1,91360
Varianza		3,662
a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.		

Nota: Esta tabla presenta la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos (media, mediana, moda) para la variable "Edad Gestacional" de las pacientes estudiadas. Se utilizó SPSS para generar los datos y analizar la distribución de semanas de gestación en la población.

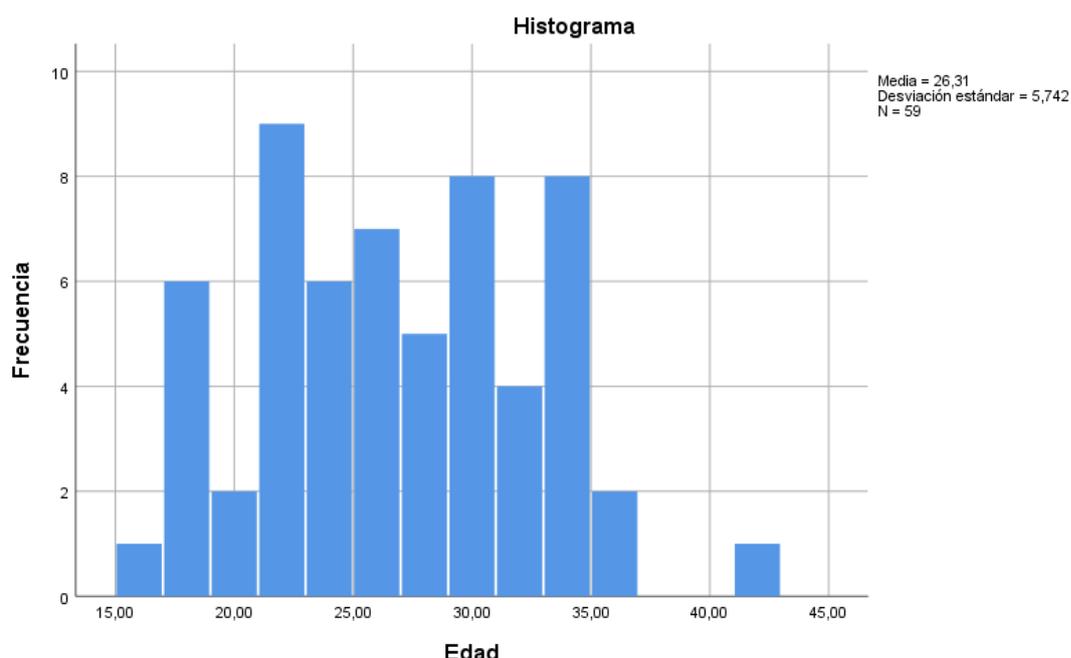
El análisis de la tabla 11 que muestra la distribución de frecuencias y los estadísticos descriptivos para la variable "Edad Gestacional" revela que, en

promedio, las pacientes se encontraban en la semana 39.03 de gestación al momento del estudio. La mediana, que representa el valor central, fue ligeramente superior, ubicándose en la semana 39.3, lo que indica que la mayoría de las gestantes estaban muy cerca del término completo del embarazo. La moda, el valor más frecuente dentro de la distribución, fue de 40.5 semanas, aunque se observó que existen múltiples modos, destacándose el menor de ellos.

La desviación estándar, que mide la variabilidad de las semanas de gestación respecto a la media, fue de 1.91 semanas, lo que sugiere una dispersión moderada en la duración de los embarazos dentro de la muestra. Este grado de variabilidad es consistente con la varianza calculada, que fue de 3.66, reafirmando la diversidad en la edad gestacional de las participantes.

Estos resultados indican que las pacientes se encontraban en etapas avanzadas del embarazo, predominando aquellas en la fase a término o muy próximas a ella. La evaluación de la edad gestacional es crucial para comprender el contexto en el cual se realiza la inducción del parto, ya que la cercanía al término puede influir en la respuesta al tratamiento con misoprostol y en la aparición de complicaciones maternas, como la preeclampsia o la diabetes gestacional. Esta información es esencial para un manejo clínico adecuado y para predecir los posibles desenlaces del parto inducido en este grupo de pacientes.

Figura 6 *Histograma de las semanas de gestación*



Nota: Esta tabla presenta la distribución de frecuencias para la variable semanas de gestación de las pacientes estudiadas. Se analizó SPSS.

El análisis del histograma que representa la distribución de las semanas de gestación muestra cómo se distribuyen las pacientes a lo largo del periodo de gestación. La mayor parte de las pacientes se encontraba en semanas cercanas a las 39 y 40 semanas de gestación, lo que indica que la mayoría de ellas estaba a término o muy próxima a llegar a él. La media de las semanas de gestación se situó en 39.03, lo cual es coherente con la distribución observada en el gráfico.

La dispersión de los datos, reflejada en una desviación estándar de 1.91 semanas, sugiere que existe cierta variabilidad en las semanas de gestación, aunque esta es moderada, y la mayoría de las pacientes se concentran alrededor del término gestacional. Este patrón de distribución es crucial para comprender el contexto clínico en el que se encuentran las pacientes, ya que el momento del

embarazo puede influir significativamente en la decisión de inducir el parto y en la respuesta al tratamiento con misoprostol.

En conclusión, la distribución de frecuencias presentada en el histograma confirma que las pacientes estudiadas estaban en etapas avanzadas de su embarazo, con una concentración predominante en las semanas finales del término, lo que es un factor clave en la planificación y manejo de la inducción del parto.

Tabla 12 *Distribución de Frecuencias para las Complicaciones Maternas Presentes*

Complicaciones.mater		Frecuenc	Porcenta	Porcentaje	Porcentaje
		ia	je	válido	acumulado
Válid	Ninguna	30	50,8	50,8	50,8
o	Preeclampsia leve	4	6,8	6,8	57,6
	Ruptura prematura de membranas	8	13,6	13,6	71,2
	Gran multipara	5	8,5	8,5	79,7
	Polihidramnios	3	5,1	5,1	84,7
	Amenaza de parto pretérmino + Preeclampsia leve	1	1,7	1,7	86,4
	Oligohidramnios	4	6,8	6,8	93,2
	Ruptura prematura de membranas + Anemia moderada	1	1,7	1,7	94,9
	Anemia leve	2	3,4	3,4	98,3
	Oligohidramnios moderado	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Nota: Esta tabla muestra la distribución de frecuencias para la variable "Complicaciones Maternas Presentes", que incluye condiciones como preeclampsia, diabetes gestacional, y otras complicaciones durante el embarazo. Los datos se analizaron utilizando SPSS.

El análisis de la tabla 12 que presenta la distribución de frecuencias para las

"Complicaciones Maternas Presentes" muestra que la mitad de las pacientes, es decir, el 50.8%, no presentaron ninguna complicación durante el embarazo. Entre las complicaciones registradas, la ruptura prematura de membranas fue la más frecuente, afectando al 13.6% de las mujeres, seguida por la condición de gran múltipara, que se observó en el 8.5% de los casos.

Otras complicaciones como la preeclampsia leve y el oligohidramnios afectaron al 6.8% de las pacientes cada una, mientras que el polihidramnios se presentó en el 5.1% de la muestra. Menos comunes fueron la amenaza de parto pretérmino acompañada de preeclampsia leve, la anemia leve, y el oligohidramnios moderado, cada una con una incidencia menor al 4%.

Estos datos reflejan la diversidad de complicaciones maternas en la población estudiada, siendo más común la ausencia de complicaciones. La identificación de estas condiciones es esencial para comprender el contexto clínico en el que se encuentran las pacientes y cómo estas complicaciones podrían influir en la gestión del embarazo y el proceso de inducción del parto, especialmente en el uso de agentes como el misoprostol.

4.1.2. Dosis Administradas de Misoprostol y Vía de Administración

- Detalle de las dosis administradas: Comparación de dosis de 25 mg, 50 mg, y cualquier otra dosis utilizada.

Tabla 13 *Distribución de Frecuencias y Estadísticos Descriptivos para las Dosis Administradas de Misoprostol*

Estadísticos		Dosis.1	Dosis.2	Dosis.3	Dosis.total
N	Válido	59	59	59	59
	Perdidos	0	0	0	0
Media		1,0000	,3559	,0508	1,4068

Mediana	1,0000	,0000	,0000	1,0000
Moda	1,00	,00	,00	1,00
Desv. Desviación	,00000	,48290	,22157	,59069
Varianza	,000	,233	,049	,349
Dosis.1				

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	25 MG	59	100,0	100,0

Dosis.2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No se administró	38	64,4	64,4
	25 MG	21	35,6	100,0
	Total	59	100,0	

Dosis.3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No se administró	56	94,9	94,9
	25 MG	3	5,1	100,0
	Total	59	100,0	

Dosis.total

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	25MG	38	64,4	64,4
	50MG	18	30,5	94,9
	75MG	3	5,1	100,0
	Total	59	100,0	

Nota: En esta tabla se presentan las dosis de misoprostol administradas, incluyendo "Dosis #1", "Dosis #2", "Dosis #3" y "Dosis Total Administrada". Se realizó una comparación de las dosis de 25 mg, 50 mg y cualquier otra utilizada, utilizando herramientas de análisis descriptivo en SPSS para evaluar las dosis más comunes y su relación con los resultados del parto.

El análisis de la tabla 13 que presenta la distribución de frecuencias y los

estadísticos descriptivos para las dosis administradas de misoprostol revela información clave sobre las prácticas de dosificación en la población estudiada. Para la primera dosis, se observa que la totalidad de las pacientes (100%) recibió una dosis de 25 mg, lo que sugiere una estandarización inicial en la administración de este fármaco. Esta uniformidad en la primera dosis podría estar relacionada con protocolos establecidos para la inducción del parto en este contexto.

En lo que respecta a la segunda dosis, el 64.4% de las pacientes no recibió una dosis adicional, mientras que el 35.6% sí fue administrada una segunda dosis de 25 mg. Este dato indica que, aunque una mayoría no requirió más de una dosis, una parte significativa de las mujeres necesitó una dosis adicional, lo cual podría deberse a la variabilidad en la respuesta al tratamiento o a la evolución del proceso de inducción.

La tercera dosis fue mucho menos común, con solo el 5.1% de las pacientes recibiendo una dosis adicional de 25 mg, y el 94.9% no requiriendo una tercera administración. Este patrón sugiere que, en la mayoría de los casos, la inducción del parto avanzó adecuadamente sin necesidad de múltiples dosis.

Cuando se analiza la dosis total administrada, se observa que el 64.4% de las pacientes recibió en total 25 mg de misoprostol, lo que corresponde a una única dosis. Un 30.5% de las pacientes recibió un total de 50 mg, y solo el 5.1% alcanzó una dosis total de 75 mg, lo que implica que, en la mayoría de los casos, se limitó la administración a una o dos dosis de 25 mg.

En conjunto, estos resultados indican que la dosis de 25 mg fue la más utilizada y generalmente suficiente para la inducción del parto, con un número

reducido de pacientes necesitando dosis adicionales. La variabilidad en la administración de dosis subsiguientes destaca la importancia de la individualización del tratamiento, adaptando la dosificación según la respuesta de cada paciente. Este análisis es fundamental para comprender la eficacia del misoprostol en la inducción del parto y para optimizar las prácticas clínicas en función de los resultados obtenidos.

- Vía de administración del misoprostol: Vaginal, oral, otras si aplica.

Tabla 14 *Distribución de Frecuencias para la Vía de Administración del Misoprostol*

Vía de administración		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Vaginal	7	11,9	11,9
	Sublingual	44	74,6	86,4
	Oral	8	13,6	100,0
	Total	59	100,0	

Nota: Esta tabla describe la distribución de frecuencias de la "Vía de Administración del Misoprostol", clasificando los datos según las vías vaginal, oral, y cualquier otra vía utilizada mediante SPSS.

El análisis de la tabla 14 que muestra la distribución de frecuencias para las diferentes vías de administración del misoprostol revela una preferencia marcada por la administración sublingual, la cual fue utilizada en el 74.6% de los casos. Este predominio sugiere que esta vía es la más comúnmente empleada en el contexto del estudio, probablemente debido a su eficacia y facilidad de uso.

La administración oral fue la segunda vía más utilizada, representando el 13.6% de los casos. Aunque menos frecuente, su uso indica que en algunos casos se optó por esta vía, quizás debido a consideraciones específicas del estado de las

pacientes o por preferencias del equipo clínico.

Finalmente, la vía vaginal fue la menos común, empleada en el 11.9% de las pacientes. Esta menor frecuencia podría estar relacionada con las características particulares de esta vía, como la velocidad de absorción o los efectos locales, que pueden influir en la decisión de optar por vías alternativas.

En resumen, el análisis de la distribución de las vías de administración del misoprostol destaca una clara predilección por la vía sublingual, seguida de la oral, con la vaginal siendo la menos utilizada. Esta distribución refleja las prácticas clínicas observadas en la muestra y puede proporcionar información valiosa para optimizar el uso del misoprostol en la inducción del parto, adaptando la vía de administración a las necesidades individuales de cada paciente.

4.1.3. Efectos Secundarios y Complicaciones Relacionadas con el Uso del Misoprostol

- Efectos adversos en la madre: Descripción de cualquier efecto secundario presentado.

Tabla 15 *Efectos Adversos en la Madre Relacionados con el Uso del Misoprostol*

Efectos adversos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	42	71,2	71,2
	Vómito	7	11,9	83,1
	Taquisistolia	9	15,3	98,3
	Náuseas	1	1,7	100,0
	Total	59	100,0	

Nota: Esta tabla presenta una descripción detallada de los efectos secundarios observados en las madres tras la administración de misoprostol. Se incluyen efectos como vómitos, náuseas, y otros síntomas. Los datos fueron analizados mediante SPSS.

El análisis de la tabla 15 que describe los efectos adversos experimentados por las madres tras la administración de misoprostol muestra que la gran mayoría de las pacientes, un 71.2%, no presentaron ningún efecto secundario, lo que sugiere una buena tolerancia general al fármaco. Sin embargo, se observaron algunos efectos secundarios, siendo la taquisistolia el más común, afectando al 15.3% de las mujeres. Este efecto, que se refiere a una contracción uterina excesivamente rápida, puede ser una complicación significativa en el manejo del parto inducido.

El vómito fue otro efecto secundario registrado, reportado por el 11.9% de las pacientes, lo que indica que, aunque no es extremadamente frecuente, es un síntoma relevante a considerar. Finalmente, un pequeño porcentaje de pacientes, exactamente el 1.7%, experimentó náuseas, lo que sugiere que este es un efecto menos común pero aún presente en una minoría de casos.

En resumen, aunque la mayoría de las pacientes no experimentaron efectos adversos con el uso de misoprostol, la presencia de taquisistolia y otros síntomas como vómitos y náuseas en una fracción de la muestra resalta la importancia de un monitoreo cuidadoso durante la inducción del parto. Estos hallazgos son cruciales para comprender mejor el perfil de seguridad del misoprostol en el contexto clínico y para guiar las decisiones médicas en futuras administraciones del fármaco.

- Complicaciones fetales observadas: Presencia de líquido amniótico meconial, compromiso del bienestar fetal, taquicardia o bradicardia fetal.

Tabla 16 *Complicaciones Fetales Observadas Relacionadas con el Uso del Misoprostol*

Complicaciones Fetales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	42	71,2	71,2
	Líquido amniótico meconial	8	13,6	84,7
	Compromiso del bienestar fetal	9	15,3	100,0
	Total	59	100,0	

Nota: Esta tabla muestra la distribución de complicaciones fetales observadas durante el uso de misoprostol, tales como líquido amniótico meconial, compromiso del bienestar fetal, taquicardia o bradicardia fetal. Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de frecuencias en SPSS.

El análisis de la tabla 16 que documenta las complicaciones fetales asociadas con el uso de misoprostol revela que una mayoría significativa de los casos, un 71.2%, no presentó ninguna complicación, lo que indica que el uso del fármaco fue generalmente seguro para el feto en la mayoría de los partos. Sin embargo, se identificaron algunas complicaciones importantes en un número considerable de casos.

El compromiso del bienestar fetal, que incluye indicadores como alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, se presentó en el 15.3% de los casos, lo que sugiere la necesidad de una vigilancia estrecha durante el proceso de inducción del parto. La presencia de líquido amniótico meconial, una condición que puede indicar sufrimiento fetal, se observó en el 13.6% de los partos, lo cual es una complicación que requiere atención médica inmediata para prevenir consecuencias adversas para el recién nacido.

En conjunto, aunque la mayoría de los partos inducidos con misoprostol transcurrieron sin complicaciones fetales, la presencia de líquido amniótico meconial y el compromiso del bienestar fetal en una fracción significativa de los

casos subraya la importancia de un monitoreo continuo y detallado del feto durante el uso del fármaco. Estos hallazgos son esenciales para evaluar el perfil de seguridad del misoprostol y guiar su uso clínico en la inducción del parto, asegurando así la salud tanto de la madre como del bebé.

4.1.4. Culminación del Embarazo y Resultados de la Inducción del Parto

- Evaluación de la culminación del embarazo: Tipo de culminación, comparando parto vaginal versus cesárea.

Tabla 17 *Evaluación de la Culminación del Embarazo: Parto Vaginal versus Cesárea*

Culminación del Embarazo				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Parto	41	69,5	69,5
	Cesárea	18	30,5	100,0
	Total	59	100,0	

Nota: En esta tabla se presenta un análisis comparativo entre los tipos de culminación del embarazo, especificando la incidencia de parto vaginal frente a cesárea. Se utilizaron herramientas estadísticas en SPSS.

El análisis de la tabla 17 que examina la culminación del embarazo, específicamente comparando el parto vaginal con la cesárea, revela que una mayoría del 69.5% de los embarazos concluyeron en un parto vaginal. Esto indica que, en una amplia proporción de los casos, la inducción del parto mediante misoprostol fue efectiva en lograr un parto natural.

Sin embargo, el 30.5% de los embarazos finalizó en cesárea, lo que refleja que, a pesar de la inducción, en algunos casos fue necesario recurrir a la intervención quirúrgica para asegurar un desenlace seguro tanto para la madre

como para el bebé. Este porcentaje resalta la necesidad de considerar cuidadosamente las condiciones individuales de cada paciente al decidir el método de culminación del embarazo.

En resumen, estos resultados muestran que el misoprostol fue efectivo en facilitar el parto vaginal en la mayoría de los casos, aunque una cantidad significativa de mujeres requirió una cesárea. Este balance entre partos vaginales y cesáreas es crucial para entender la efectividad y los desafíos de la inducción del parto con misoprostol, y para guiar las decisiones clínicas futuras.

- Relación entre la dosis de misoprostol administrada y el tipo de parto:
Análisis de la eficacia y éxito, determinando la dosis más eficaz.

Tabla 18 *Relación entre la Dosis de Misoprostol Administrada y el Tipo de Parto*

Tabla cruzada Culm.Emb*Dosis.total					
Recuento					
		Dosis.total			Total
		25MG	50MG	75MG	
Culm.E mb	Parto	33	8	0	41
	Cesárea	5	10	3	18
Total		38	18	3	59

Nota: Esta tabla analiza la relación entre las dosis de misoprostol administradas y el tipo de parto resultante, evaluando la eficacia y éxito de la inducción. Se realizó un análisis en SPS.

El análisis de la tabla 18 que examina la relación entre la dosis de misoprostol administrada y el tipo de parto sugiere una clara conexión entre la cantidad de fármaco utilizado y el resultado del parto. En los casos donde se administró una dosis total de 25 mg, se observa que la mayoría de las pacientes, específicamente 33 de 38, culminaron en un parto vaginal, lo que sugiere una alta eficacia de esta dosis en promover un parto natural.

Por otro lado, con una dosis de 50 mg, los resultados se muestran más equilibrados, con 8 partos vaginales y 10 cesáreas, lo que indica que esta dosis podría ser menos efectiva en comparación con la de 25 mg en términos de favorecer el parto vaginal. Finalmente, en los casos donde se administró una dosis total de 75 mg, la tendencia se invierte completamente, ya que todos los casos (3 de 3) culminaron en cesárea, lo que sugiere que esta dosis más alta podría estar asociada con un mayor riesgo de necesitar una intervención quirúrgica.

En conclusión, los datos indican que la dosis de 25 mg de misoprostol es la más eficaz para inducir un parto vaginal, mientras que dosis más altas podrían estar relacionadas con una mayor probabilidad de cesárea. Este análisis es fundamental para optimizar las estrategias de inducción del parto y personalizar el manejo clínico según la respuesta individual de las pacientes.

4.2. Análisis e interpretación de datos

4.2.1. Comparación de la Eficacia entre Diferentes Dosis de Misoprostol

Tabla 19 *Chi cuadrado para la independencia entre la dosis y el tipo de parto.*

Pruebas de chi-cuadrado				
		Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	17,556 ^a	2	,000
N de casos válidos		59		

Nota: El análisis permite determinar la independencia entre las dosis utilizadas y eficacia en la inducción del parto vaginal.

El análisis de la prueba de chi-cuadrado realizado para evaluar la relación entre las diferentes dosis de misoprostol y el tipo de parto revela una asociación significativa entre estos factores. El valor obtenido de chi-cuadrado de Pearson es 17,556, con un nivel de significancia asintótica (bilateral) de 0,000, lo que indica que la dosis de misoprostol administrada tiene un impacto considerable en el resultado del parto, ya sea vaginal o cesárea.

Este resultado sugiere que las diferencias en las dosis administradas no son independientes del tipo de parto, lo que significa que la dosis utilizada puede influir directamente en la probabilidad de que el parto culmine de manera natural o requiera una intervención quirúrgica. La evidencia estadística respaldada por este análisis es crucial para orientar las decisiones clínicas, permitiendo una selección más informada de la dosis de misoprostol en función del resultado deseado.

Lo que significa que la prueba de chi-cuadrado confirma que existe una relación estadísticamente significativa entre la dosis de misoprostol y la culminación del embarazo, subrayando la importancia de ajustar la dosis para mejorar la eficacia de la inducción del parto y minimizar la necesidad de cesáreas. Este hallazgo es esencial para optimizar las prácticas clínicas y garantizar mejores resultados para las pacientes.

Tabla 20 *Correlación para la independencia entre la dosis y el tipo de parto.*

Medidas simétricas		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,532	,115	4,741	,000
N de casos válidos		59			

Nota: El análisis permite determinar las correlaciones entre las variables. El análisis de

correlación utilizando la medida de Spearman revela una relación significativa entre la dosis de misoprostol administrada y el tipo de parto resultante. Con un valor de correlación de Spearman de 0.532 y un nivel de significancia aproximada de 0.000, se observa una asociación moderada y positiva entre las dos variables. Esto implica que a medida que se ajusta la dosis de misoprostol, hay un cambio predecible en el tipo de culminación del parto.

El resultado indica que un parto vaginal es más probable con ciertas dosis de 25mg, mientras que la cesárea podría estar relacionada con dosis más elevadas. En términos de eficacia, si el parto culmina de manera natural, la dosis es considerada efectiva, mientras que un resultado en cesárea sugiere lo contrario.

Este análisis de correlación es crucial para entender cómo las variaciones en la dosificación del misoprostol influyen en los resultados del parto, proporcionando una base sólida para ajustar las dosis en función de las expectativas de culminación del embarazo. La fuerza de esta correlación subraya la necesidad de un enfoque cuidadoso en la administración de la dosis para optimizar los resultados clínicos.

4.2.2. Seguridad del Uso de Misoprostol en la Inducción del Parto

Evaluación de la seguridad basada en la presencia de efectos secundarios maternos y fetales.

Tabla 21 *Evaluación de la Seguridad del Uso de Misoprostol en la Inducción del Parto*

Tabla cruzada Efectos.adver*Dosis.total					
Recuento					
		Dosis.total			Total
		25MG	50MG	75MG	
Efectos.a dver	Ninguno	30	11	1	42
	Vómito	5	1	1	7

Taquisistolia	3	5	1	9
Náuseas	0	1	0	1
Total	38	18	3	59

Nota: Esta tabla evalúa la seguridad del misoprostol en la inducción del parto, basándose en la presencia de efectos secundarios tanto maternos como fetales.

El análisis de la tabla 21 que examina la seguridad del uso de misoprostol en la inducción del parto, considerando la presencia de efectos secundarios tanto maternos como fetales, revela información valiosa sobre la tolerancia al fármaco en diferentes dosis. Los datos muestran que la mayoría de las pacientes que recibieron 25 mg de misoprostol no experimentaron efectos adversos, con 30 de 38 casos reportando ausencia de complicaciones, lo que sugiere un perfil de seguridad favorable para esta dosis.

Sin embargo, en los casos donde se administraron 50 mg, se observa una mayor incidencia de efectos secundarios, con 11 de 18 pacientes no reportando complicaciones, mientras que los efectos como vómitos y taquisistolia fueron más comunes, afectando a una parte significativa de las mujeres. En la dosis más alta de 75 mg, aunque menos frecuente, los efectos secundarios se presentaron en casi todos los casos, lo que podría indicar un aumento en el riesgo de complicaciones con dosis más elevadas.

En resumen, la tabla destaca que la dosis de 25 mg de misoprostol parece ser la más segura en términos de minimizar los efectos secundarios, mientras que las dosis más altas pueden estar asociadas con un mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales. Este análisis es crucial para guiar las decisiones clínicas, enfocándose en mantener un equilibrio entre la eficacia de la inducción del parto y

la seguridad de la madre y el feto.

- Análisis de la relación entre complicaciones fetales y la necesidad de cesárea.

Tabla 22 *Análisis de la Relación entre Complicaciones Fetales y la Necesidad de Cesárea*

Tabla cruzada Culm.Emb*Complicacion.Fet					
Recuento					
		Complicacion.Fet			Total
		Ningun a	Líquido amniótico meconial	Compromis o del bienestar fetal	
Culm.E mb	Parto	41	0	0	41
	Cesáre a	1	8	9	18
Total		42	8	9	59

Nota: En esta tabla se analiza la relación entre la aparición de complicaciones fetales y la culminación del embarazo en cesárea. Se examinan los casos donde las complicaciones fetales llevaron a una intervención quirúrgica, destacando los factores de riesgo que comprometen la seguridad del feto durante el proceso de inducción.

El análisis de la tabla 22 que explora la relación entre las complicaciones fetales y la necesidad de cesárea proporciona información clave sobre cómo estas complicaciones pueden influir en el tipo de culminación del embarazo. Los datos muestran que en todos los casos donde no hubo complicaciones fetales, los partos culminaron de manera vaginal, sin necesidad de intervención quirúrgica, lo que sugiere que la ausencia de complicaciones es un fuerte predictor de un parto natural exitoso.

Por otro lado, la presencia de complicaciones fetales, como el líquido amniótico meconial o el compromiso del bienestar fetal, está fuertemente asociada

con la necesidad de realizar una cesárea. De los 18 casos que terminaron en cesárea, 17 estuvieron vinculados a la aparición de complicaciones fetales, lo que destaca la influencia significativa de estas complicaciones en la decisión de optar por una intervención quirúrgica para salvaguardar la seguridad del feto.

Este análisis subraya la importancia de monitorear cuidadosamente las condiciones fetales durante la inducción del parto, ya que las complicaciones pueden aumentar considerablemente la probabilidad de que el parto culmine en cesárea. Identificar y gestionar estos factores de riesgo es crucial para mejorar los resultados perinatales y garantizar un manejo seguro tanto para la madre como para el feto durante el proceso de inducción.

4.2.3. Correlación entre Complicaciones Fetales y Resultados del Parto

Estudio de la correlación entre la aparición de complicaciones fetales y la culminación en cesárea.

Tabla 23 *Análisis de la Relación entre Complicaciones Fetales y la Necesidad de Cesárea*

Medidas simétricas		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,896	,037	15,193	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,947	,037	22,151	,000 ^c
N de casos válidos		59			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					
c. Se basa en aproximación normal.					

Nota: Esta tabla estudia la correlación entre las complicaciones fetales y los resultados del parto, incluyendo una revisión de los casos en los que la seguridad del feto se vio comprometida, y su

impacto en el tipo de parto (vaginal o cesárea). El análisis proporciona información clave para evaluar el riesgo asociado al uso del misoprostol en la inducción del parto.

El análisis de la tabla 23 que examina la correlación entre las complicaciones fetales y los resultados del parto, específicamente la culminación en cesárea, revela una relación significativa y fuerte entre estos factores. El valor de la correlación de Pearson es de 0.896, y el valor de la correlación de Spearman es aún más alto, alcanzando 0.947. Ambos valores indican una asociación muy fuerte entre la aparición de complicaciones fetales y la probabilidad de que el parto termine en cesárea.

El nivel de significancia aproximada es de 0.000, lo que confirma que la relación observada no es producto del azar, sino que las complicaciones fetales están altamente correlacionadas con la necesidad de intervención quirúrgica para culminar el parto. Este resultado subraya la importancia de vigilar de cerca cualquier signo de compromiso fetal durante el proceso de inducción, ya que la aparición de complicaciones aumenta considerablemente la probabilidad de que se requiera una cesárea para garantizar la seguridad del feto.

En resumen, este análisis destaca la fuerte correlación entre las complicaciones fetales y la culminación en cesárea, proporcionando una base sólida para la evaluación de riesgos durante la inducción del parto con misoprostol. Estos hallazgos son cruciales para la toma de decisiones clínicas, ya que permiten anticipar y gestionar mejor los casos en los que las complicaciones podrían comprometer el bienestar del feto y requerir una intervención más invasiva.

- Revisión de los casos donde la seguridad de la madre se comprometió y su

impacto en el tipo de parto.

Tabla 24 *Tabla cruzada de resultados*

Tabla cruzada Culm.Emb*Complicaciones.mater Recuento		Complicaciones.mater										Total
		Ninguna	Preeclampsia leve	Ruptura prematura de membranas	Gran multipara	Polihidramnios	Amenaza de parto pretérmino + Preeclampsia leve	Oligohidramnios	Ruptura prematura de membranas + Anemia moderada	Anemia leve	Oligohidramnios moderado	
Culm. Emb	Parto	23	0	6	5	1	1	2	1	2	0	41
	Cesárea	7	4	2	0	2	0	2	0	0	1	18
Total		30	4	8	5	3	1	4	1	2	1	59

El análisis de la tabla que examina la relación entre las complicaciones maternas y el tipo de parto muestra cómo ciertas condiciones médicas pueden influir en la culminación del embarazo. En los casos donde no se presentaron complicaciones maternas, la mayoría de los partos, específicamente 23 de 30, se resolvieron de manera vaginal, lo que sugiere que la ausencia de problemas maternos es un factor favorable para un parto natural.

Sin embargo, la presencia de complicaciones como la preeclampsia leve, la ruptura prematura de membranas y el oligohidramnios está más asociada con un mayor riesgo de culminación en cesárea. Por ejemplo, todos los casos de preeclampsia leve registrados resultaron en cesárea, lo que resalta la gravedad de esta condición y su impacto en la decisión de optar por un parto quirúrgico para proteger la salud de la madre y del bebé.

En conjunto, estos resultados subrayan la importancia de monitorear y

gestionar cuidadosamente las complicaciones maternas durante el embarazo, ya que su presencia puede aumentar significativamente la probabilidad de necesitar una cesárea. Este análisis proporciona información crítica para la planificación del manejo obstétrico, ayudando a los profesionales de la salud a anticipar y abordar los desafíos asociados con las complicaciones maternas, asegurando así un parto más seguro tanto para la madre como para el feto.

CAPÍTULO V

Discusión

El estudio se realizó en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, toma en cuenta una población de mujeres embarazadas que han cursado las 37 a 40.5 semanas de gestación donde se administró misoprostol como inductor del trabajo de parto. Según la base de datos proporcionada por el mismo hospital durante el periodo enero 2024 – julio 2024 en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, que fue el rango de estudio en la presente investigación, en el área de gineco-obstetricia se dio atención a 450 embarazos de estas 59 pacientes que fueron sometidas a inducción con misoprostol.

La culminación del embarazo, específicamente comparando el parto vaginal con la cesárea, revela que una mayoría del 69.5% de los embarazos concluyeron en un parto vaginal. Esto indica que, en una amplia proporción de los casos, la inducción del parto mediante misoprostol fue efectiva en lograr un parto natural. Además, el 30.5% de los embarazos finalizó en cesárea, lo que refleja que, a pesar de la inducción, en algunos casos fue necesario recurrir a la intervención quirúrgica para asegurar un desenlace seguro tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en el Hospital General Docente Riobamba entre mayo 2019 y marzo 2020, se analizaron 365 historias clínicas de 73 pacientes. En el cual se les administró misoprostol en dos dosis de 25 y 50 microgramos vía sublingual y vaginal para lograr la maduración cervical y posterior

inducción del trabajo de parto en embarazos a término. Resultó que 235 (64%) de las 365 mujeres embarazadas terminaron su embarazo mediante cesáreas y 130 (35.61%) mediante partos vaginales.

Cuando se analiza la dosis total administrada, se observa que el 64.4% de las pacientes recibió en total 25 mg de misoprostol, lo que corresponde a una única dosis. Un 30.5% de las pacientes recibió un total de 50 mg, y solo el 5.1% alcanzó una dosis total de 75 mg, lo que implica que, en la mayoría de los casos, se limitó la administración a una o dos dosis de 25 mg, en lo que difiere en los resultados reportados por el Doctor Wilfredo Galán en su estudio “Complicaciones materno – perinatales por el uso de misoprostol en la maduración cervical en gestantes de 41 semanas en el Hospital Docente Miño Madre San Bartolomé Lima, Perú”. Comparando los periodos Enero a junio 2019 con el primer trimestre del año 2020 donde predominó el grupo de pacientes a las que se aplicaron 1 a 2 dosis (51%) por la efectividad que esta produjo en el 2020 y de 3 a 4 dosis con gran eficacia en el 2020. Se puede considerar que al administrar el fármaco por vía vaginal en 51 pacientes se observó que la hemorragia posparto y lesión del canal del parto, compartieron mayor prevalencia con 21 (30.13 %) pacientes cada uno, taquisistolia 5 (6.84 %) pacientes y cesárea por inducción fallida 4 (2.73 %) pacientes. A diferencia del fármaco administrado por vía sublingual en 22 pacientes las complicaciones que fueron identificadas: hemorragia posparto 11 (15.06%) pacientes, taquisistolia 5 (6.84%) pacientes, cesárea por inducción fallida 3 (4.10 %) pacientes y dentro de otros, que incluyeron con el 4.10% ruptura uterina en una ocasión y en dos ocasiones desprendimiento prematuro placentario

En cuanto a los efectos adversos experimentados por las madres tras la administración de misoprostol muestra que la gran mayoría de las pacientes, un 71.2%, no presentaron ningún efecto secundario, lo que sugiere una buena tolerancia general al fármaco. Sin embargo, se observaron algunos efectos secundarios, siendo la taquisistolia el más común, afectando al 15.3% de las mujeres. Este efecto, que se refiere a una contracción uterina excesivamente rápida, puede ser una complicación significativa en el manejo del parto inducido. El vómito fue otro efecto secundario registrado, reportado por el 11.9% de las pacientes, lo que indica que, aunque no es extremadamente frecuente, es un síntoma relevante a considerar, un pequeño porcentaje de pacientes, exactamente el 1.7%, experimentó náuseas, lo que sugiere que este es un efecto menos común pero aún presente en una minoría de casos. Estas cifras difieren al estudio realizado por Vértiz (2019) sobre el uso del misoprostol intravaginal en la inducción del trabajo de parto y las complicaciones maternas perinatales en gestantes del Hospital Víctor Lázarte Echegaray – 2019, cuyos resultados revelaron una relación altamente significativa entre el uso de Misoprostol y la presencia de complicaciones maternas y perinatales, con un 94.6% y un 83.8%, respectivamente. Las complicaciones maternas con el uso de misoprostol incluyeron el síndrome de hiperestimulación en un 56.8% y el parto precipitado en un 30.2%, mientras que las complicaciones perinatales con el uso de misoprostol incluyeron el sufrimiento fetal en un 77.0% y el sufrimiento fetal sin uso de misoprostol en un 33.3%. Concluyendo, las complicaciones perinatales en las mujeres que utilizan misoprostol son más comunes que en las mujeres que no lo utilizan.

Conclusiones

Se confirmó que la dosis de 25 mg de misoprostol fue la más eficaz para inducir el parto vaginal, con una alta tasa de éxito en comparación con dosis mayores. La administración de dosis más altas mostró una correlación significativa con un mayor número de cesáreas, lo que indica que dosis elevadas no necesariamente mejoran los resultados y pueden incrementar el riesgo de intervención quirúrgica.

El estudio reveló que la dosis de 25 mg de misoprostol es la opción más efectiva y segura para la inducción del parto, mientras que dosis más altas, aunque efectivas en algunos casos, estuvieron asociadas con un mayor riesgo de cesárea y efectos adversos.

Aunque la mayoría de las pacientes no experimentaron efectos adversos significativos con la dosis de 25 mg, se observó un aumento en la incidencia de taquisistolia y otros efectos secundarios como vómitos en pacientes que recibieron dosis más altas. Este hallazgo subraya la necesidad de un monitoreo cercano y una evaluación cuidadosa de la dosis para minimizar las complicaciones maternas y fetales.

Recomendaciones

Es esencial estandarizar la dosis de 25 mg de misoprostol como la primera línea de tratamiento en la inducción del parto, dado que ha demostrado ser la más efectiva y segura para promover el parto vaginal. No obstante, la administración de dosis mayores debe ser considerada con cautela, ya que no solo no incrementa la eficacia, sino que también eleva el riesgo de complicaciones. En este sentido, resulta fundamental un monitoreo continuo y riguroso del estado materno y fetal durante todo el proceso de inducción, permitiendo la detección temprana de cualquier complicación y facilitando la toma de decisiones oportunas, como la conversión a cesárea si fuese necesario.

Asimismo, es imperativo personalizar el tratamiento según las condiciones clínicas de cada paciente. Complicaciones como la preeclampsia o la ruptura prematura de membranas deben ser factores determinantes al seleccionar la dosis y el método de inducción, con el objetivo de minimizar riesgos y optimizar los resultados. Para lograrlo, es crucial que los profesionales de la salud reciban una capacitación continua que los prepare para manejar el misoprostol de manera segura y efectiva, identificando rápidamente las complicaciones y tomando decisiones informadas en situaciones de emergencia.

Además, la implementación de protocolos de seguridad específicos para el uso de misoprostol es necesaria para guiar el manejo clínico, asegurando que las prácticas se alineen con la evidencia más reciente y los mejores resultados obtenidos en la práctica clínica. Estos protocolos deben ser revisados y

actualizados periódicamente, reflejando la evolución de la investigación y la experiencia clínica.

Finalmente, es recomendable promover una atención integral que implique la colaboración de un equipo multidisciplinario, donde la coordinación entre obstetras, enfermeras y otros especialistas sea clave para garantizar un manejo seguro y eficiente de la inducción del parto. Esta cooperación asegurará que las necesidades de las pacientes sean abordadas de manera holística, contribuyendo a un entorno más seguro y propicio para el éxito del parto inducido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ander, J. (2023). Cambios y posición del cuello uterino durante el embarazo. Retrieved 2024, from <https://www.reproduccionasistida.org/posicion-del-cervix-en-el-embarazo/>
- Aragón, J., Ávila, M., Beltrán, J., Calderón, E., Caldiño, y F. (2017). Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(5). Retrieved 2024, from https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314
- Astudillo, V., Navarrete, P., y Cornejo, G. (2021). Current Trends in Obstetric Anesthesia. 8(1). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i41.2499>
- Barboza, D., y Rosignoli, L. (2020). Eficacia del misoprostol intrarectal previo a cesárea en gestantes con factores de riesgo para atonía uterina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero a diciembre del 2019. Retrieved 2024, from <http://190.116.36.86/handle/20.500.14074/3866>
- Beira, P., Aneiros, Y., y González, R. (2022). Eficacia y seguridad del misoprostol vaginal comparado con dinoprostona en maduración cervical e inducción del parto. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(11). <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8072>

Brito, J., Damasceno, A., Rios, A., y Carneiro, J. (2024). Fracaso de la inducción por misoprostol en mujeres embarazadas: revisión integradora. (37).

<https://www.scielo.br/j/ape/a/QXjk4K6cYd7jFyXx5FLPsHD/abstract/?lang=es>

Canaval, H., y Ortiz, E. (2013). USO DE MISOPROSTOL EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Retrieved 2024, from

<https://www.fasgo.org.ar/images/Uso-de-misoprostol-en-obstetricia-y-ginecologia-FLASOG-2013.pdf>

Carranza, J. (2019). “USO DE MISOPROSTOL EN LA INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO ASOCIADO AL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN

EMBARAZOS A TÉRMINO EN EL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO,

ENERO – JULIO 2016”. Retrieved 2024, from

https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/4927/REP_MEDSE_JOSE.CARRANZA_USO.MISOPROSTOL.INDUCCION.TRABAJO.PARTO.ASOCIADO.SUFRIMIENTO.FETAL.AGUDO.EMBARAZOS.T%3C3%89RMINO.HOSPITAL.BELEN.TRUJILLO.ENERO.JULIO.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cavieres, F. (2011). Toxicidad del misoprostol sobre la gestación. Revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 139(4).

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000400015

Cavieres, M. (2011). Toxicidad del misoprostol sobre la gestación. Revisión de la literatura. *Revista médica de Chile*, 139(4). Retrieved 2024, from https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000400015

Chaluisa Chaluisa, F. E., y Villalva Barreno, D. A. (2020). *Misoprostol en la inducción del parto a término. Hospital General Docente Riobamba, 2019 - 2020*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7158/1/TESIS%20VILLALVA%20BARRENO%20DAVID%20ALEJANDRO%20Y%20CHALUISA%20CHALUISA%20FABIAN-MED.pdf>

Chaluisa, F., y Villalva, D. (2020). Misoprostol en la inducción del parto a término. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019–2020. Retrieved 2024, from <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7158>

Córdova, Y. (2020). Uso del Misoprostol en el servicio de Ginecobstetricia Hospital Vladimir Ilich Lenin 2020. Retrieved 2024, from <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=1674>

Cortés, F., Merino, W., y Bustos, K. (2020). Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Rev Chil Anest*, 49(5), 614-624. <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n05-05.pdf>

Fain, L., Ábalos, E., y Ariza, S. (2023). Vademecum obstétrico: un instrumento para mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud sexual y

reproductiva y la salud perinatal. Retrieved 2024, from
<http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4743>

Felgueres, A., Correa, M., y Padilla, A. (2022). Riesgo e incidencia de cesárea en inducción de trabajo de parto electivo con misoprostol: desenlace materno. *67(1)*, 18-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104363>

Ferro, L., y Galindo, P. (2020). Reacciones adversas con Misoprostol reportadas al Programa Mundial de Farmacovigilancia de la OMS 1985-2019. https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/2873/1/PROYECTO%20DE%20GRADO%20%20febrero%202020_.pdf

Gattás, D., Amorim, M., Feitosa, F., Silva, J., y Ribeiro, L. (2020). Misoprostol administered sublingually at a dose of 12.5 µg versus vaginally at a dose of 25 µg for the induction of full-term labor: a randomized controlled trial. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12978-020-0901-8>

Gonzalez, M., y Juárez, E. (2017). Mapeo “Uso y acceso a Misoprostol y Mifepristona en tres países de América Latina: Argentina, Ecuador y Perú”. Retrieved 2024, from <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1252/Informe%20de%20investigacio%CC%81n%20-%20Mapeo%20Uso%20y%20acceso%20a%20Misoprostol%20y%20Mifepristona%20en%20tres%20pai%CC%81ses%20de%20Ame%CC%81rica%20Latina-%20Argentina%2C%20Ecuador%20y%20Peru>

- Guevara, E. (2019). El aporte del misoprostol en la obstetricia y ginecología. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(4). Retrieved 2024, from <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/166>
- Hermida, A., Correa, M., y Padilla, A. (2022). Riesgo e incidencia de cesárea en inducción de trabajo de parto electivo con misoprostol: desenlace materno. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 1(67), 18-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104363>
- Hilario, B. (2021). Factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016. Retrieved 2024, from <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/2616>
- Lapiente., Ugarte, L., López, A., Sanchez, F., Lasa, I., Echevarria, O., y Álvarez, J. (2019). Efficacy and safety of administering oral misoprostol by titration compared to vaginal misoprostol and dinoprostone for cervical ripening and induction of labour: study protocol for a randomised clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*(19). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-018-2132-3>
- Larios, H. (2019). Eficacia de la inducción con misoprostol del trabajo de parto en embarazo a término y prolongado con cérvix desfavorable. Hospital

primario Jacinto Hernández, mayo 2017- abril 2018. Retrieved 2024, from <https://core.ac.uk/download/481469248.pdf>

Martinez Vásquez, E. E., y Muriel Bravo, A. J. (2022). *Clave roja y su incidencia de activación por aborto. Hospital provincia general Docente Riobamba, periodo 2021*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9841/3/Martínez%20Vásquez%2c%20E%2c%20Muriel%20Bravo%2c%20A%282022%29%20Clave%20roja%20y%20su%20incidencia%20de%20activación%20por%20aborto.%20Hospital%20Provincial%20General%20Docente%20Riobamba%20periodo%202021>

Merino, B. (2024). Misoprostol más oxitocina en la profilaxis de hemorragia postparto abdominal. Retrieved 2024, from <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/33191>

Montoya, C. (2011). USO DEL MISOPROSTOL EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 207-211. Retrieved 2024, from <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/597/art14.pdf>

National Library of Medicine. (2022). Misoprostol. Retrieved 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584984/>

Ramos Grados, A. K. (2022). *Complicaciones asociadas al uso de oxitocina y misoprostol en la inducción del trabajo de parto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz-Puente Piedra Lima 2019*. Huanuco - Peru: Universidad

Nacional "Hermilio Valdizan".

<https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/5789/TF000377R24.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Sornoza, J. (2023). Eventos adversos por el Uso del Misoprostol en embarazos a término en el Hospital Básico Divina Providencia De San Lorenzo. Retrieved 2024, from <https://repositorio.puce.edu.ec/items/7a44d6d1-45a6-490b-a44c-8f9adddaa08b>

Teran, Y. (2017). Uso de misoprostol y oxitocina en la inducción del trabajo de parto asociados a complicaciones materno fetales. Hospital Regional docente de Cajamarca. Retrieved 2024, from <http://190.116.36.86/handle/20.500.14074/1448>

Valderrama, M. (2021). Misoprostol y oxitoxina en la Inducto-Conduccion del trabajo de parto. Retrieved 2024, from <http://saber.ucv.ve/handle/10872/21999>

Vértiz, R. (2019). USO DEL MISOPROSTOL INTRAVAGINAL EN LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY – 2019. Retrieved 2024, from https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/5684/REP_MAEST.OBST_ROSSY.V%C9RTIZ_USO.MISOPROSTOL.INTRAVAGINAL.INDUCCI%D3N.TRABAJO.PARTO.COMPLICACIONES.MATERNAS.PERI

NATALES.GESTANTES.HOSPITAL.V%CDCTOR.LAZARTE.ECHEGARAY.
2019.pdf;jsessionid=D

Villarraga, S. (2023). Mecanismo de Acción del misoprostol. Retrieved 2024, from
De Santiago José Villarraga Ortégón - Trabajo propio, CC BY-SA 4.0,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=133980752>

Zapata, K. A. (2023). Factores sociodemográficos asociados a interrupciones de
embarazo en el municipio Mayarí. Enero-junio del 2021. *Correo Científico
Médico*, 27(4). Retrieved 2024, from
<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4932>

Zea, A., Lituma, O., Avalos, E., y Castro, R. (2020). Uso del Misoprostol en la
inducción del trabajo de parto. Hospital General DR. Liborio Panchana
Sotomayor. Agosto 2016–enero 2017. 4(1).
[https://doi.org/https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.351-365](https://doi.org/https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.351-365)

ANEXOS

Tabla 25 *Matriz de contingencia*

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
------------------	------------------	-------------------

<p>¿Cuál es la eficacia y seguridad del uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro?</p>	<p>Evaluar la eficacia y seguridad del uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro.</p>	<p>El misoprostol oral como agente inductor es efectivo para iniciar el trabajo de parto y lograr que la tasa de partos eutócico o vaginales sean mayor ante la tasa de partos por cesárea.</p>
<p>Problemas específicos</p>	<p>Objetivos específicos</p>	<p>Hipótesis específicas</p>
<p>¿Cuál es la tasa de partos vaginales exitosos entre mujeres tratadas con misoprostol versus aquellas que no recibieron ningún tratamiento?</p> <p>¿Cuál es la dosis de misoprostol que tiene mejor eficacia en la inducción del parto en gestantes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda enero - julio del 2024?</p> <p>¿Cuáles son los efectos secundarios y complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de parto ante el uso del misoprostol en las pacientes atendidas en el servicio de gineco/obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro • Comparar la dosis de misoprostol que tiene mejor eficacia en la inducción del parto • Analizar los efectos secundarios y complicaciones relacionados con el uso del misoprostol para la inducción del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • La tasa de partos vaginales tiene un 90% de éxito en mujeres tratadas con misoprostol oral frente al 10% que terminaron en cesárea. • La dosis de misoprostol que tiene mejor eficacia en la inducción del parto en gestantes es de 25 mcg. • Los efectos secundarios y complicaciones relacionados con el uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes son los siguientes: efectos secundarios más frecuentes; taquisistolia uterina náuseas, vómitos, escalofríos y

relacionados con el uso del misoprostol para la inducción del parto en gestantes del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro?

dispepsias; en cuanto a las complicaciones fetales se presentan sufrimiento fetal agudo, distrés respiratorio y síndrome de aspiración meconial.

Elaborado por: Nuñez Karen, Chávez Anshela

Tabla 26 Base de Datos de las 59 Pacientes que forman parte del estudio.

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO																
GESTANTES ATENDIDAS EN EL AREA DE EMERGENCIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA																
USO DE MISOPROSTOL COMO INDUCCION AL TRABAJO DE PARTO																
N	NOMBRES	EDAD	GESTAS PR	PARTO	CESAR	ABORTO	EMBARAZO ACTUAL	COMPLICACIONES MATERNAS	BISHO	DOSIS #1	DOSIS #2	DOSIS #3	VIA DE ADM	EFFECTOS ADVERSO	COMPLICACIONES F	
1	BLANCA ROSA SALAZAR	35	2	2	0	0	EMBARAZO DE 38 SG POR FUI PREECLAMPSIA LEVE			25 MG	25 MG	0	0	YAGINAL	NINGUNA	LIQUIDO AMNIOTICO MEC
2	VILMA DE OS ANGELES SANCHE	31	3	1	0	0	EMBARAZO DE 37.6 SG POR F RUPATURA PREMATURA DE MENBRANAS			25 MG	0	0	0	SUBLINGUAL	VOMITO	NINGUNA
3	ANGELES ANABEL PINOS ANDIP	22	0	0	0	0	EMBARAZO DE 41 SG POR FUI NINGUNA			25MG	0	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	NINGUNA
4	MELANY MARIBEL ARBOLEDA	18	0	0	0	0	EMBARAZO DE 39 SG POR FUI RUPATURA PREMATURA DE MENBRANAS			25MC	0	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	NINGUNA
5	MISHEL VASCARA TOAPANTA	27	2	2	0	0	EMBARAZO DE 41 SG POR FUI NINGUNA			25 MG	0	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	NINGUNA
6	JENNY YADIRA CAVILAN TOCTC	30	0	0	0	0	EMBARAZO DE 39.4 SG POR F RUPATURA PREMATURA DE MENBRANAS			25MG	0	0	0	ORAL	NINGUNA	NINGUNA
7	SASEK ESTRELLA MARINA	31	2	2	0	0	EMBARAZO DE 38.1 SG POR FUI RUPATURA PREMATURA DE MENBRANAS			25MG	0	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	NINGUNA
8	JAZMIN BAYAS SISA	33	1	1	0	0	EMBARAZO DE 41.4SG POR FL NINGUNA			25MG	25MG	0	0	ORAL	VOMITO	LIQUIDO AMNIOTICO MEC
9	SUSANA VERDEZOTO PAREDES	21	1	1	0	0	EMBARAZO DE 41.5 SG POR FL NINGUNA			25MG	0	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	NINGUNA
10	MARTHA PATIN CHIDA	36	4	4	0	0	EMBARAZO DE 39.6 SG POR F GRAN MULTIPARA		4	25MG	0	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	NINGUNA
11	ANA LUCIA LUMBI ZARUMA	34	1	1	0	0	EMBARAZO DE 38.3 SG POR F POLIHDRAMNIDOS			25MG	25 MG	0	0	SUBLINGUAL	TAKUISISTOLIA	LIQUIDO AMNIOTICO MEC
12	JENNY PATRICIA SISA PASTO	25	2	2	0	0	EMBARAZO DE 34.4 POR FUM AMANAZA DE PARTO PRETERMINO- PREECLAMPSIA LE	25MG		25MG	0	0	0	YAGINAL	NINGUNA	NINGUNA
13	DAYANA DANIELA ANDACHIBC	22	0	0	0	0	EMBARAZO DE 40.6SG POR FL NINGUNA			1 25MG	25MG	0	0	SUBLINGUAL	NINGUNA	COMPROMISO DEL BIEN

Guaranda, 23 de Agosto del 2024

EL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO
NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA

APRUEBA

De acuerdo al oficio S/N de fecha 6 de Agosto del 2024 en la que las Señoritas Internas: Nuñez Guasgua Karen Lizbeth, Chavez Llanos Anshela Brigitte Internas de Obstetricia de la Universidad Tecnica de Babahoyo de la carrera en mención luego de presente el perfil esta autorizado el tema de investigación con el tema: EVALUACION DEL USO DEL MISOPROSTOL DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA ENERO - JULIO DEL 2024.

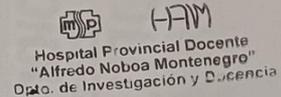
Nota: Una vez culminado la investigación deberá entregar al Departamento de Docencia e Investigación los resultados y informe final del mismo.

Atentamente.



Dr. Jorge Luis Ochoa Cando

Gerente Hospitalario



Hospital Provincial Docente
"Alfredo Noboa Montenegro"
Dpto. de Investigación y Docencia

Elaborado:

MBLLZ-Departamento de Calidad - Docencia

Figura 7 Permiso Emitido a la Máxima Autoridad del HANM para la autorización de la presente investigación y la toma de datos estadísticos.