



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Características clínico epidemiológicas de las gestantes
sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital
Regional de Ica 2022 a 2023**

Presentado por:

PALOMINO MUÑOZ PAOLA DEL ROSARIO

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 22 de julio del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”



TESIS

**Características clínico epidemiológicas de las gestantes
sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital
Regional de Ica 2022 a 2023**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

PAOLA DEL ROSARIO PALOMINO MUÑOZ

ASESORA:

DRA. CELIA SERAFINA BULEJE NUÑEZ

ICA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, de quienes valoro mucho las lecciones de vida que me han impartido y el inmenso amor que siempre me han brindado. Esta tesis es un testimonio del sacrificio diario que han realizado cada uno de ustedes y me llena de orgullo honrarlos de esta manera. A mis amigos de mi facultad de medicina humana, quienes han sido un gran complemento en mi vida en todos esos años de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa de mi vida y a la que está por empezar, quiero agradecer inmensamente a Dios por siempre protegerme en mi camino, brindándome cada día la oportunidad de empezar de nuevo y ser mejor; a mi familia, quienes caminaron junto a mí, llenándome de inspiración, fortaleza y amor.

Mi gratitud también a la facultad de medicina humana “Daniel Alcides Carrión”, donde los docentes me impartieron sus conocimientos en todos estos años de formación. A las personas que han sido mi fuente de inspiración y guía en el desarrollo de esta investigación.

INDICE

	Pag
Portada.	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenido	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN	32
V. CONCLUSIÓN	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
VIII. ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

N°	Tabla	Pag
Tabla 1	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según motivo de la inducción.	23
Tabla 2	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según Bishop	24
Tabla 3	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según drogas	25
Tabla 4	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023	26
Tabla 5	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según el desenlace de la inducción.	27
Tabla 6	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según edad cronológica.	28
Tabla 7	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según edad gestacional.	29
Tabla 8	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según paridad.	30
Tabla 9	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según comorbilidades.	31

ÍNDICE DE FIGURAS

N°	Figuras	Pag
Figura 1	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según motivo de la inducción.	23
Figura 2	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según Bishop.	24
Figura 3	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según drogas.	25
Figura 4	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023	26
Figura 5	Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según el desenlace de la inducción.	27
Figura 6	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según edad cronológica.	28
Figura 7	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según edad gestacional.	29
Figura 8	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según paridad.	30
Figura 9	Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según comorbilidades.	31

Resumen

Objetivo. Describir las características clínico epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023.

Metodología. Estudio de tipo trasversal, retrospectivo, descriptivo y observacional, en una población de 3200 gestantes de donde se seleccionó a 76 gestantes a quienes se le realizaron inducción de trabajo de parto, cuyos datos se extrajeron de las historias clínicas con una ficha de datos individual, las que se trasladaron al programa estadístico SPSS v.29.

Resultados: Se halló que los motivos más frecuentes para la inducción del trabajo de parto fueron: Embarazo pos término (61,8%) y Rotura prematura de membranas (28,9%). Presentando un puntaje Bishop 7 a más puntos (59,2%) y < 7 (40,8%). Las drogas usadas fueron oxitocina (53,9%) y Misoprostol (46,1%), dentro de las complicaciones mayormente fueron la taquisistolia (27,6%) y el parto precipitado (7,9%). El desenlace de la inducción fue por parto por vía vaginal (44,7%) y por cesárea (55,3%). El 60,5% de las gestantes presentaron edades menores a 20 años, además se encontró que el 96,1% tuvieron una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, así mismo el 60,5% eran nulíparas, y las comorbilidades más frecuentes fueron el sobrepeso u obesidad en el 35,5% de las gestantes, la diabetes mellitus tipo 2 en el 15,8% y la preeclampsia en el 3,9%.

Conclusión. Las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica fueron que en mayor proporción el motivo de este procedimiento fue el embarazo pos término, con Bishop de 7 a más, donde se usó oxitocina en la mayoría de los casos como inductor del parto y la taquisistolia fue la complicación más frecuente, con una tasa de éxito de parto vaginal de 44,7%. Las características epidemiológicas fueron que en su mayoría las gestantes eran menores de 20 años, con edades gestacionales pos término, nulíparas, con comorbilidades mayormente sobrepeso u obesidad y en menor proporción diabetes mellitus y preeclampsia.

Palabras clave: Características clínico epidemiológicas, inducción del trabajo de parto.

Abstract

Objective. To describe the clinical epidemiological characteristics of pregnant women undergoing labor induction at the Regional Hospital of Ica from 2022 to 2023.

Methodology. A cross-sectional, retrospective, descriptive, and observational study was conducted in a population of 3200 pregnant women from which 76 pregnant women who underwent induction of labor were selected, whose data were extracted from medical records onto individual data sheets and transferred to the statistical program SPSS 29.

Results: The most common reasons for labor induction were post-term pregnancy (61.8%) and premature rupture of membranes (28.9%). A Bishop score of 7 or more points was present in 59.2% of cases and <7 (40.8%). The drugs used were oxytocin (53.9%) and Misoprostol (46.1%), among the complications, the most common were tachysystole (27.6%), precipitate labor (7.9%). The outcome of labor induction was vaginal delivery in 44.7% of cases and cesarean section in 55.3%. 60.5% of the pregnant women were under the age of 20, 3.9% had a gestational age of less than 37 weeks, and 60.5% were nulliparous. Regarding comorbidities, overweight or obesity was present in 35.5% of pregnant women, type 2 diabetes mellitus in 15.8%, and preeclampsia in 3.9% of pregnant women.

Conclusion. The clinical characteristics of the pregnant women who underwent induction of labor at the Regional Hospital of Ica were that the reason for this procedure was mostly post-term pregnancy, with a Bishop score of 7 or more, where oxytocin was used in most cases as labor induction and tachysystole as the most frequent complication, with a successful vaginal delivery rate of 44.7%. The epidemiological characteristics were that most of the pregnant women were under 20 years of age, with post-term gestational age, nulliparous, with comorbidities primarily being overweight or obesity, with a lesser proportion having diabetes mellitus and preeclampsia.

Keywords: Clinical characteristics, epidemiological, labor induction.

I. INTRODUCCIÓN

Se sabe que el parto es un proceso fisiológico, natural, por el que el feto de 22 semanas a más es expulsado desde la cavidad del útero hacia el exterior, junto a la placenta y sus anexos correspondientes, el cual se produce dentro de las 37 a 40 6/7 semanas de gestación, pero por diversos motivos, algunas mujeres han alcanzado las 41 semanas y este proceso aún no se ha desencadenado, éste es considerado uno de los motivos por los que se les indica realizarles un procedimiento conocido como inducción del trabajo de parto¹.

La inducción del trabajo de parto consiste en iniciar de manera deliberada el proceso de parto a través de intervenciones médicas antes de que éste se inicie, con el propósito de facilitar el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta².

En la actualidad, se estima que hasta un 30% de los embarazos concluyen con la inducción del parto, debido a que la incidencia de este procedimiento ha experimentado un aumento significativo a lo largo de los años, pasando del 9,5% en 1990 al 25,7% en 2022 en la mayor parte del mundo. Este procedimiento ha llegado a realizarse hasta en un 25% de las gestantes en países desarrollados, sin embargo, la frecuencia con la que se realiza la inducción del parto suele ser generalmente inferior en los países en vías de desarrollo, aunque ha ido en aumento en estos últimos años².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar el proceso de parto de forma inducida en mujeres que han alcanzado las 41 semanas de gestación sin experimentar el inicio natural de las contracciones uterinas, siendo necesaria la supervisión adecuada durante este procedimiento, junto con la identificación temprana y el tratamiento de complicaciones que resultan cruciales para prevenir consecuencias desfavorables en el periodo perinatal³.

La inducción del trabajo de parto, es llevada a cabo por diversas razones médicas cuando la continuación del embarazo puede representar un riesgo para la madre o el feto, así, si el embarazo se extiende más allá de la fecha prevista y no hay signos de inicio del trabajo de parto, se puede considerar la inducción para evitar complicaciones asociadas con un embarazo prolongado pues luego de este periodo la placenta manifiesta insuficiencia para proveer adecuadamente los nutrientes y oxígeno al feto⁴.

Del mismo modo, en caso de mujeres con diabetes gestacional que presentan dificultades para controlar sus niveles de glucosa en la sangre, la inducción del trabajo de parto puede ser recomendada en razón de que glicemias altas pueden producir macrosomía fetal e hipoglicemia neonatal⁵.

Y, si las membranas que rodean al feto se rompen antes de que comience el trabajo de parto, sería recomendable poder inducirlo para evitar la infección de las membranas de la placenta, del útero y del feto con consecuencias graves en el binomio madre-hijo⁶.

También en el caso de gestantes con preeclampsia, la inducción del parto puede ser necesaria para evitar complicaciones más graves, atribuidas a un daño renal, ocular o cerebral⁷.

Si hay preocupaciones sobre el crecimiento fetal, como retraso en el crecimiento intrauterino, el médico puede optar por inducir el parto para asegurar el bienestar del bebé, y en algunos casos, la salud de la madre puede requerir que el parto se inicie antes de lo previsto, esto puede ser debido a condiciones médicas como enfermedades cardíacas, entre otras⁸.

La iniciación controlada del parto disminuye la probabilidad de padecer preeclampsia, oligohidramnios, macrosomía y la lamentable eventualidad de la muerte fetal intrauterina, independientemente de la razón que motive la decisión de llevar a cabo la inducción del parto⁸.

A lo largo de este trabajo, examinaremos los motivos para inducir el parto, y cómo este procedimiento puede impactar en la experiencia del parto y en los resultados obstétricos.

Un entendimiento profundo de la inducción del trabajo de parto es esencial para los profesionales de la salud y las futuras madres, ya que contribuye a una toma de decisiones informadas y a la mejora de la atención obstétrica.

Antecedentes de la investigación

Internacionales

Felgueres-Hermida A⁹, et al. Evaluación del Riesgo y Frecuencia de Cesáreas en Inducciones Planificadas con Misoprostol: Resultados Maternos en 2022, México. Objetivo: Determinar el riesgo y la frecuencia de cesáreas en inducciones electivas del parto utilizando misoprostol, así como examinar las complicaciones maternas y fetales asociadas a su empleo. Metodología: Investigación descriptiva prospectiva, de un solo centro, que incluyó a 122 pacientes en su primer o múltiples embarazos a término. Las participantes fueron divididas en dos grupos según el Índice de Bishop (uno con puntuaciones inferiores a 4 y otro con puntuaciones superiores a 5). Resultados: El 56,7% con parto vaginal eran nulíparas, y el 43,3% eran multíparas. El 90,9% de las cesáreas se llevaron a cabo en mujeres nulíparas, en comparación con el 9,1% de las multíparas. Entre aquellas que se sometieron a cesárea, el 90,9% tenía una puntuación de Bishop inferior a 4 antes de la inducción, mientras que el 9,1% tenía una puntuación de 4 o más. De las 122 pacientes, 111 tuvieron parto vaginal después de la inducción con misoprostol. Conclusiones: La administración intravaginal de 25 µg de misoprostol como inductor electivo del parto no incrementa las tasas de cesáreas.

Bassotti Carrasco J¹⁰. Factores de Riesgo Asociados a la Falla en la Inducción del Parto: Estudio de Cohorte en Uruguay 2021. Objetivo: Evaluar los factores de riesgo relacionados con la finalización por cesárea en casos de partos inducidos. Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de cohorte para analizar los factores de riesgo en la inducción del parto. Resultado: De 1.078 embarazos, el 27,1% fue sometido a inducción, de los cuales el 70,8% culminó en parto vaginal y el 29,2% en cesárea. Los factores para la terminación por cesárea incluyeron el primer nacimiento (OR 2,5; 1,9-3,3), historial de cesárea previa (OR 5,8; 2,8-12,1), y la necesidad de madurar al cuello (OR 2,4; 1,8-3,2). Conclusión: Se identificaron diversos factores que contribuyen al fracaso en la inducción del parto.

Álvarez-Zapata E¹¹. Incumplimiento de las pautas para el procedimiento de inducción del trabajo de parto como factor desencadenante de cesáreas: Estudio descriptivo en Colombia en 2019. El objetivo del estudio consistió en detallar las características del proceso de inducción del trabajo de parto que se vinculan con un aumento injustificado de cesáreas en mujeres sometidas a dicho procedimiento. Se empleó un enfoque de cohorte histórica descriptiva, y se identificaron 289 casos. Se observó que el 60,8 % de las nulíparas y el 32,1 % de las multíparas acabaron teniendo una cesárea. El 37 % (108 mujeres) terminaron con una cesárea debido a un diagnóstico de inducción fallida, considerado inapropiado en todos los casos. Este diagnóstico se efectuó antes de alcanzar una dilatación de 6 cm en el 81,5 % de los casos, con membranas íntegras en el 62 %. En conclusión, el 61 % no cumplió con al menos 24 horas de fase latente antes de la cesárea.

Panal Alcántara A¹². Evaluación de los factores de riesgo asociados al fallo en la inducción del parto y la consecuente realización de cesáreas en Cádiz, año 2021. El propósito de esta investigación fue analizar los elementos que se relacionan con un aumento o disminución del riesgo de que la inducción del parto no tenga éxito y termine en una cesárea. La metodología utilizada consistió en un estudio observacional analítico basado en cohortes históricas. Los resultados indicaron que las pacientes de mayor edad tienen un mayor riesgo de experimentar un fracaso en la inducción del parto en comparación con aquellas de menor edad. De manera similar, se observó que las mujeres nulíparas presentan un riesgo superior de fallo en la inducción del parto en comparación con las secundíparas o multíparas. Asimismo, las mujeres con antecedentes de cesárea previa tienen mayores posibilidades de experimentar un fracaso en la inducción del parto en comparación con aquellas sin historial de cesáreas anteriores. Y, por último, las pacientes con sobrepeso u obesidad tienen una probabilidad más elevada de que su

inducción del parto no sea exitosa en comparación con aquellas con un peso considerado normal.

Cedeño Vega, A¹³. Eficiencia del misoprostol en la inducción del parto en mujeres primerizas en el año 2022 Ecuador. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la administración de misoprostol en el manejo de la inducción del parto en mujeres que experimentan su primer embarazo, presentan rotura temprana de membranas y oligohidramnios en una población específica. Se llevó a cabo una investigación retrospectiva no experimental con 170 mujeres primerizas a término, y los resultados obtenidos fueron los siguientes: El 76% de las mujeres primerizas se encontraba en el rango de edad de 16 a 25 años, el 76% tenía una gestación de 39 semanas y el 80% completó su periodo de embarazo. En el caso de los partos vaginales inducidos con 2 dosis de misoprostol, el 65% se llevó a cabo exitosamente, y el 62% no presentó complicaciones tanto a nivel materno como fetal. Como conclusión, se determinó que el uso de misoprostol, puede ser una opción efectiva en mujeres primerizas con rotura temprana de membranas y oligohidramnios, demostrando resultados satisfactorios.

Viveros Mendoza, M¹⁴. Resultados perinatales en pacientes sometidas a inducción del parto en el Hospital Materno Infantil, México 2021. Se incluyó un total de 140 pacientes que fueron sometidas a este procedimiento, de las cuales 84 (60%) lograron un parto vaginal y 56 (40%) se sometieron a una cesárea. La inducción del parto se realizó utilizando métodos farmacológicos, siendo la prostaglandina E1, E2 y la oxitocina las más utilizadas. Se observaron complicaciones maternas en el 19,1%, y la incidencia de resultados perinatales adversos fue baja. Se concluye que la inducción del parto emerge como una alternativa para disminuir la frecuencia de cesáreas, ofreciendo resultados positivos.

Anaya Herazo C¹⁵. Características de las gestantes sometidas a inducción del parto con oxitocina en el Hospital Ramón González de Coro, Cuba, durante el periodo 2022-2023. Objetivo: Describir los factores pronósticos vinculados al inicio de la fase activa de la inducción del parto. Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y transversal. Resultados: La nuliparidad fue predominante en el 57,6%. El peso normal se presentó en el 57,1%, seguido por el sobrepeso con el 35,9%. Las principales condiciones médicas asociadas fueron la diabetes gestacional en un 25,5% y la hipertensión arterial en un 19,6%. El motivo principal de la inducción fue el embarazo prolongado, registrado en un 24,5%. La dosis máxima de oxitocina se alcanzó en el 38,6%, el 67,9% comenzó la administración de oxitocina al concluir el procedimiento y el 32,1% inició con un cuello

uterino en buen estado. Conclusiones: En su mayoría, las mujeres embarazadas sometidas a inducción con oxitocina presentaron un cuello uterino favorable, lo que se relacionó con resultados exitosos en términos de parto vaginal.

Nacionales

Vértiz Cobián, R¹⁶. Uso de misoprostol intravaginal en la inducción del parto y sus implicaciones en complicaciones en gestantes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el 2019, Trujillo. El propósito fue determinar si el empleo de misoprostol intravaginal en la inducción del parto está asociado con complicaciones maternas y perinatales en mujeres embarazadas. Se incluyeron 170 mujeres embarazadas como participantes. Los hallazgos revelaron que el uso de misoprostol produjo complicación materna en un 94,6% y neonatal en 83,8%. Entre las complicaciones maternas asociadas al uso de misoprostol, el síndrome de hiperestimulación se manifestó en el 56,8% y sin su uso se registró un índice del 30,2% de partos prematuros. Se observó sufrimiento fetal en el 77.0% en pacientes inducidas con misoprostol, mientras que al no usarlo el resultado fue del 33.3%. En conclusión, se determinó que la incidencia de complicaciones es mayor con el uso de misoprostol en comparación con la ausencia de este medicamento.

Llalicuna Quiñones, J¹⁷. Factores vinculados a la falta de éxito en la inducción del parto con misoprostol en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, período 2020-2022. Objetivo: Identificar los elementos contribuyentes a la falta de éxito en la inducción del parto con misoprostol en gestantes atendidas en el Hospital Antonio Lorena. El estudio, realizado durante el periodo 2020-2022, adoptó un diseño de casos y controles en una proporción de 1:3. La muestra incluyó a 260 participantes, compuesta por 60 casos y 180 controles. Resultados: Las variables asociadas a las complicaciones post inducción fueron: edad de 21 a 30 años (OR=3.9, IC95% 2.1-7.3), altura materna de 141 a 150 cm (OR=2.39, IC 95% 1.3-4.4), concluyendo que la edad y la altura de la madre son factores que se asocian a las complicaciones en el proceso de la inducción del parto.

Leon Miranda, M¹⁸. Complicaciones maternas y neonatales vinculadas a la inducción del parto en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barón, Chimbote durante el año 2020. Este estudio adoptó un enfoque observacional a nivel relacional con un diseño transversal causal correlacional no experimental, con el propósito de determinar las complicaciones maternas y neonatales asociadas a la inducción del parto. Se examinaron 47 historias clínicas de gestantes sometidas a dicho procedimiento. De la totalidad de casos, el 68,1% se sometió a inducción con oxitocina y el 31,9% con misoprostol. En los partos vaginales,

el 67,6% fueron inducidos con oxitocina y el 32,4% con misoprostol; en los partos por cesárea, el 70% fueron inducidos con oxitocina y el 30% con misoprostol. La hiperestimulación uterina (55,6%) y el parto precipitado (100%) ocurrieron con mayor frecuencia con la inducción de misoprostol, presentando una asociación estadísticamente significativa.

Frias Delgado, J¹⁹. Fracaso en la inducción del parto mediante el uso de prostaglandinas y sus factores asociados en pacientes con puntuación Bishop 3-5 en el Hospital Público II-2 de Piura durante el año 2023. Objetivo: Identificar los factores asociados al fallo en la inducción del parto con prostaglandinas en pacientes con puntuación BISHOP 3-5 en el Hospital Coria Santa Rosa II-2 de Piura, Perú. Método: Estudio observacional, transversal y analítico. Resultados: Se incluyeron 182 gestantes, observándose una tasa de fracaso del 34,6%. La imposibilidad de inducir el parto fue más frecuente en pacientes menores de 20 años. La rotura prematura de membranas fue la indicación más frecuente y la hiperactividad uterina fue el resultado más frecuente después de la inducción. Las características clínicas no se relacionaron con la incapacidad de inducir el parto. Los factores significativamente asociados con el fracaso de la inducción fueron la edad materna ≤ 20 años (aOR 2,39, IC 95%: 1,18 a 4,81, p: 0,01), puntuación BISHOP de 3 a 4 puntos (aOR 2,08, IC 95%: 1,09–3,96, p: 0,02) y sexo neonatal masculino (aOR 1,63, IC 95%: 1,09–3,96, p: 0,02). Conclusiones: La tasa de fracaso en la inducción del parto fue el doble si la madre tenía 20 años o menos, presentaba una puntuación BISHOP de 3 a 4 y tenía un recién nacido de sexo masculino.

Mujica Sánchez, M²⁰. Características clínicas asociadas al tipo de parto en mujeres embarazadas sometidas a inducción del parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, en 2019. Objetivo: Investigar las características clínicas vinculadas al tipo de parto en mujeres gestantes durante el proceso de inducción del parto. Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio analítico, retrospectivo y transversal, que incluyó a 90 mujeres embarazadas. Resultados: El 45,6% de las gestantes se encontraba en el rango de 37 a 40 semanas de edad gestacional, el 82,2% había experimentado alguna inducción, el 82,2% no presentaba maduración cervical previa, y el 23% tenía diagnóstico de oligohidramnios. Además, el 98,9% no tenía maduración cervical según el puntaje de Bishop, el 46,7% tenía un índice de masa corporal (IMC) de 18,5 a 24,9, el 55,6% eran nulíparas y el 81,1% tenía entre 18 y 34 años. En cuanto al tipo de parto, el 62,2% de las mujeres obtuvo un parto por vía vaginal y el 37,8% por cesárea. Conclusión: Se observó una mayor prevalencia de partos vaginales en gestantes sometidas a inducción.

Cacha LI²¹. Complicaciones materno-fetales vinculadas a la inducción del parto en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, durante el año 2020. Objetivo general: Identificar de manera descriptiva, retrospectiva, correlacional y transversal las complicaciones materno-fetales asociadas a la inducción del parto. En el estudio, un total de 130 mujeres embarazadas se sometieron a dicho procedimiento. Resultados: Las complicaciones maternas y fetales más frecuentes durante la inducción del parto incluyeron la inducción fallida (20%), dilatación constante (7,7%), parto precipitado (4,6%) y cambios en la frecuencia cardíaca fetal (7,7%). Se llegó a la conclusión de que la única complicación materno-fetal asociada con la inducción del parto fue la falta de éxito en dicha inducción.

Pareja Plata, J²². Factores relacionados con la cesárea en pacientes sometidas a inducción en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2010-2020. Resultados: La investigación incluyó a 170 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El 27,6% de las cirugías de inducción culminaron en cesárea. Se observó que la incidencia de cesárea fue mayor en mujeres embarazadas cuyo peso del producto fue <2500 g (RRa: 7,31; IC 95%: 4,54 a 11,76) o >4000 g (RRa: 2,79; IC 95%: 1,70 a 4,60) a diferencia de aquellos que obtuvieron un peso entre 2500 g y 4000 g. Las primíparas presentaron una mayor incidencia de cesárea (RRa: 2,5; IC 95%: 1,5 a 4,3). Conclusiones: Los factores asociados a la realización de cesáreas en pacientes con parto inducido incluyeron el peso del producto y la condición de primíparas.

Locales. No se encontraron estudios locales en los repositorios de las universidades.

Marco teórico

INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

La Organización mundial de la salud (OMS), ha definido a la inducción del trabajo de parto como aquel procedimiento por el cual artificialmente se logra estimular al útero para dar inicio al trabajo de parto, considerándose como buen patrón cuando existen 3 contracciones en un periodo de tiempo de 10 minutos, en la que cada una de éstas tiene una duración superior a los 40 segundos²². Debemos tener en cuenta, la diferencia que existe entre la maduración cervical, inducción y conducción del trabajo de parto. La maduración cervical es un procedimiento que tiene el objetivo de facilitar el reblandecimiento, borramiento y dilatación cervical, el cual es realizado cuando se considera el estado cervical como desfavorable para la inducción y de esta forma poder incrementar la tasa de éxito de ésta²⁰.

Por otro lado, la conducción es un procedimiento cuyo fin es generar de forma artificial contracciones del útero adecuadas durante el trabajo de parto ya sea que su inicio haya sido espontáneo o inducido, con el fin de fortalecer o lograr que se regule la dinámica uterina¹⁸.

Trabajo de parto:

Se define como trabajo de parto a la presencia de la dinámica uterina que genera cambios a nivel del cérvix, es decir, contracciones que conllevan a que se produzca el borramiento y la dilatación del cérvix lo que resulta finalmente con el nacimiento del producto y expulsión placentaria¹⁹.

Para entender el mecanismo por el cual se inicia el trabajo de parto, revisaremos cuales son los factores que interactúan para que éste se produzca²⁰:

Modificaciones fisiológicas previas al parto:

Se reconoce que este proceso es un fenómeno fisiológico que conlleva una serie de cambios interrelacionados en el miometrio y el cuello uterino. Estas transformaciones se desarrollan progresivamente a lo largo de días o semanas²³.

A medida que se aproxima el momento del parto, se inicia el periodo de activación miometrial, donde los estrógenos desempeñan un papel crucial en la activación del útero, por este motivo, los receptores de oxitocina aumentan durante el embarazo y alcanzan niveles máximos antes del parto¹.

Por lo general, estas modificaciones son provocadas por la acción de hormonas como los estrógenos, la progesterona y la relaxina, así como por la presencia de citoquinas, prostaglandinas (específicamente la E2) y la enzima óxido nítrico sintasa²⁴.

La membrana amniótica, desempeña un papel fundamental como principal generadora de prostaglandinas, liberando cantidades significativas de ácido araquidónico, precursor de dichas prostaglandinas²⁵.

Las prostaglandinas actúan como potentes vasodilatadores que incrementan la permeabilidad vascular cervical, facilitando la llegada de neutrófilos al intersticio y hacia el final del embarazo, disminuyen los receptores de progesterona que conlleva una reducción en la concentración de colágeno y un aumento en la solubilidad del mismo, mediado por la acción de la pepsina²⁶.

Frecuencia con la que se realiza el procedimiento:

La inducción del parto se ha incrementado a nivel global en los últimos años, y se ha convertido en uno de los procedimientos obstétricos más destacados²⁷.

En Estados Unidos se han realizado inducciones del trabajo de parto en un 31,4% de los partos en el año 2020, a diferencia de 1990 donde la tasa fue del 9,5%²⁰.

Consideraciones generales para llevar a cabo la inducción del parto.

Al considerar realizar la inducción del parto, es esencial tener en cuenta los siguientes criterios:

- Asegurarse que el procedimiento resultará óptimo tanto para la madre como para el feto.
- Verificar la edad gestacional mediante ecografía al inicio del embarazo²⁸.
- Es esencial recopilar el historial médico de la madre, poniendo énfasis en sus antecedentes obstétricos y llevar a cabo un examen físico completo, que abarque la evaluación de la condición cervical mediante la escala de Bishop, la valoración de la pelvis ósea materna y el seguimiento del proceso de inducción del parto. Además, en los centros de atención de segundo y tercer nivel, se requiere disponer de la infraestructura necesaria para abordar posibles complicaciones derivadas del procedimiento. Esto implica asegurar la disponibilidad de recursos para el monitoreo constante e intermitente de la salud fetal para ello se debe contar con el personal médico capacitado²⁹.

Una vez evaluados cada uno de los criterios mencionados anteriormente, se debe elegir el método de inducción a utilizar. Son diversos los métodos, dentro de éstos se encuentran los farmacológicos como la oxitocina y el misoprostol, el cual ha ganado popularidad como una de las drogas que se usa con más frecuencia a nivel mundial, así lo demuestran algunos estudios³⁰.

Indicaciones para inducir el trabajo de parto

La indicación de la inducción del parto surge cuando los riesgos potenciales para la madre o el feto al permitir que el embarazo progrese naturalmente son superiores a los riesgos de interrumpir el embarazo. En el contexto de la inducción, es esencial considerar sus riesgos inherentes ²⁷.

Si se considera necesaria la inducción del parto, es necesario conocer la opinión de un especialista en este procedimiento. Por ejemplo, la inducción del parto puede ser una indicación frecuente para las pacientes que enfrentan un embarazo prolongado después de las 41 semanas de gestación³¹.

En situaciones de rotura prematura de membranas, la toma de decisiones debe contemplar la evaluación de la salud fetal y la edad gestacional. Las pacientes con preeclampsia grave requieren una evaluación más detallada³¹.

Las indicaciones son las siguientes:

- Embarazo prolongado de 41 semanas o más.
- Ruptura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.

Condición médica materna:

- Sd hipertensivo inducido por el embarazo sin signos de severidad.
- Diabetes mellitus.
- Colestasis intrahepática del embarazo.

Compromiso fetal:

- RCIU.
- Isoinmunización.
- Oligohidramnios.
- Óbito fetal.

Razones logísticas:

- Residencia muy distante a los servicios de salud³².

Lo mencionado hasta el momento, corresponde a la inducción del parto por razones terapéuticas, pero también existe aquella en donde la paciente elige este procedimiento, llamándose “electiva”, en la que se ha demostrado que, al realizarse en mujeres nulíparas con un cérvix desfavorable, existe un incremento en la tasa de dilatación estacionaria y por lo tanto una mayor probabilidad de que el desenlace sea un parto por cesárea²⁰.

Contraindicaciones para la inducción del parto

Se debe evaluar de forma individual la situación clínica en la que se encuentra la gestante y así poder determinar cuándo estaría contraindicado este procedimiento. Generalmente, estas contraindicaciones son las que se toman en cuenta para el parto por vía vaginal.

Las contraindicaciones son las siguientes:

- Posición pélvica o lateral del feto.
- Desproporción cefalopélvica.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina previa.
- Cáncer de cuello uterino.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Presencia de herpes genital activo.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Macrosomía fetal.

- Antecedente de cesárea o cirugía previa del útero.
- Embarazo múltiple³³.

Dado que la inducción del parto conlleva riesgos, al optar por ello, es crucial evitar la provocación de un parto prematuro iatrogénico. La elección del método de inducción más apropiado debe considerar los riesgos asociados a éste. Es esencial explicar detalladamente a la paciente los beneficios de la inducción, así como informar sobre la situación en la que se encuentra y educarla acerca de los motivos para la inducción, las alternativas de manejo del dolor, la posibilidad de cesárea y las opciones disponibles para que se pueda de esta manera tomar una decisión informada³⁴.

Se debe realizar una correcta evaluación del cuello uterino para determinar el método de inducción más adecuado para cada gestante que será sometida a este procedimiento. Se debe considerar en caso de un cuello uterino desfavorable llevar a cabo la maduración cervical, entendiendo que este procedimiento tiene como objetivo acelerar el proceso del parto mediante el reblandecimiento, borramiento y dilatación del cuello uterino³².

Valorar la maduración del cérvix

Las pautas utilizadas en el pasado consideraban la preparación cervical como un evento separado, y ésta fue la razón detrás del empleo de dilatadores mecánicos como laminarias y catéteres inflables³⁵.

Los eventos biológicos de la maduración cervical involucran alteraciones en su estructura, constituido por tejido conectivo con una disposición distintiva de haces de colágeno divididos en tres capas: el eje mayor del cuello uterino y otros dos que transcurren perpendicularmente a este eje, a menudo entrelazados³⁶.

La degradación del colágeno es un evento esencial para la expansión y borramiento del cuello uterino. En este contexto, el tejido cervical se identifica como el sustrato principal de la fase de maduración, donde las prostaglandinas y sus análogos desencadenan efectos fisiológicos³⁶.

Cabe recordar que el cérvix presenta en la mayor parte de su composición colágeno tipo I en un 85% y en menor proporción músculo liso, fibroblastos, elastina, vasos sanguíneos y sustancia fundamental (glucosaminoglucanos). Cuando el cérvix madura es porque se ha degradado el colágeno y se ha retenido agua y ácido hialurónico, resultado de cambios bioquímicos mediados por la invasión de leucocitos, el aumento de las interleuquinas 6 y 8, siendo ésta última la que estimula la liberación de enzimas que participan en la degradación, las cuales son: la serina-proteasa y las metaloproteinasas 8 y 9¹⁴.

La escala de Bishop, que evalúa diversos aspectos del cuello uterino, representa un indicador pronóstico fundamental para valorar el avance del parto³⁶.

En 1962, Friedman y Sachtleben realizaron una evaluación de las características cervicales al inicio de la inducción y su relación con la duración de las etapas del parto. Como parte de este estudio, desarrollaron varios sistemas de puntuación destinados a valorar el estado inicial del cuello uterino y predecir la probabilidad de éxito en la inducción. La prueba concebida por Bishop es la más prevalente en la actualidad, empleando una puntuación que considera la dilatación y el borramiento cervical, así como la altura de presentación, la consistencia y posición cervical. Cada aspecto recibe un puntaje, y la suma de estos valores proporciona la puntuación total³⁷.

Esta prueba es muy útil y de un costo bajo, ya que obtenemos la información mediante el tacto vaginal y para ello no se requiere de ningún tipo de equipamiento técnico. Existe riesgo de que las gestantes nulíparas sometidas a este procedimiento, presenten el doble de riesgo de que tengan un desenlace de parto por cesárea que cuando éste se produce de forma espontánea. Así mismo la tasa de cesárea llega a ser el doble cuando se realiza una inducción con un cérvix desfavorable frente a un cérvix favorable²⁰.

Score de Bishop

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Borramiento %	0 -30	40 -50	60-70	> 80
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Altura de presentación	Sobre el estrecho superior	Plano I	Plano II	Plano III-IV

Fuente: Monfort Ortiz I²⁶.

La mayoría de las investigaciones respaldan la idea de que las mujeres con un índice de Bishop elevado, definido como 8 o más, tienen las mismas probabilidades de tener un parto vaginal, ya sea que el parto inicie de manera natural o sea inducido. En contraste, si la puntuación de Bishop es baja (definida como ≤ 6), la probabilidad de éxito en la inducción del parto es menor en comparación con el parto espontáneo, y la tasa de cesáreas es más alta. Una puntuación baja predice la probabilidad de una cesárea, aunque con un impacto limitado³⁸.

Es así que, una puntuación de Bishop ≥ 8 indica una alta probabilidad de tener un parto vaginal, En contraste, si la puntuación de Bishop es baja, definida de manera variable como ≤ 6 , es menos probable que ocurra un parto vaginal, pues el cuello está inmaduro y se considera desfavorable³⁹. Además, es posible calcular una puntuación simplificada de Bishop utilizando solo la altura fetal, el grado de dilatación y el borramiento cervical. Una puntuación ≥ 5 con estas tres variables tiene un valor predictivo similar para el parto vaginal en comparación con la puntuación clásica de Bishop ≥ 8 ⁴⁰.

Debe considerarse que la maduración cervical es un proceso destinado a facilitar el ablandamiento, adelgazamiento y dilatación del cuello uterino con el propósito de disminuir las tasas de fracaso en la inducción⁴¹.

Métodos utilizados

Se pueden clasificar en dos categorías: farmacológicos y no farmacológicos.

1. Métodos farmacológicos:

1.1 Prostaglandinas: En años recientes, se ha visto un aumento en la prescripción de prostaglandinas, respaldados por evidencia científica acumulada. Estos agentes tienen la ventaja de favorecer tanto la maduración cervical como el inicio de la actividad uterina simultáneamente⁴². Dentro de ellas se encuentran el misoprostol (análogo de la prostaglandina E1) y la dinoprostona (análogo de la prostaglandina E2), que pueden administrarse por vía oral o vaginal⁴³.

1.1.1 Misoprostol: Inicialmente diseñado para la prevención y tratamiento de úlceras duodenales, el misoprostol se ha convertido en un fármaco influyente en la práctica médica ginecológica y obstétrica, gracias a sus propiedades inductoras de contracciones uterinas y de maduración cervical⁴⁴. Es una opción económica a diferencia de la Dinoprostona y su uso a diferencia de la oxitocina endovenosa, se ha asociado a una gran probabilidad de que se logre un parto por vía vaginal dentro de las 24 horas⁴⁵. El misoprostol se ha identificado como un fármaco eficaz para inducir el parto, con una recomendación de dosificación según la última actualización de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de administrar por vía vaginal de 25-50 μg cada 4 horas y por vía oral 25-50 μg cada 2 horas⁴⁶. Sin embargo, la dosificación de fragmentos de comprimidos puede ser imprecisa, ya que dividir el comprimido en ocho partes exactas resulta difícil⁴⁷. Dentro de sus efectos colaterales se encuentran la diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, náuseas, fiebre, además debemos de tener en cuenta que potencia el efecto de la oxitocina, por lo tanto, ésta no debe

administrarse en un periodo menor a las 4 horas, después de haberse utilizado la última dosis de misoprostol¹³. Dentro de las complicaciones que se pueden presentar con el uso de esta prostaglandina sintética se encuentran la hipertonía (contracciones que duran dos o más 2 minutos) y la taquisistolia (generalmente se presenta por sobredosificación: 6 o más contracciones en un periodo de 10 minutos)¹⁴.

1.1.2 Dinoproston: En situaciones de rotura de membranas, se aconseja su utilización mediante un dispositivo vaginal de liberación sostenida que contiene 10 mg de dinoproston, con una velocidad de liberación de 0,3 mg/h. Este dispositivo permanece en la vagina hasta que el cuello uterino alcanza la madurez, con un límite de hasta 24 horas. Posee la ventaja de que se puede retirar y cese su efecto, por otro lado, el elevado costo y la necesidad de refrigeración para su almacenamiento son sus desventajas⁴⁸.

1.2 Oxitocina

Es una droga muy usada, de un bajo costo y que brinda una mayor seguridad de control durante la inducción. La oxitocina se puede utilizar sola o en combinación con la rotura amniótica artificial o después de la maduración del cuello uterino. La administración intravenosa de oxitocina mediante una bomba de infusión permite un control constante de la dosis, con la posibilidad de interrumpir la infusión según sea necesario⁴³.

Al iniciar la inducción del parto con oxitocina, es fundamental considerar cinco aspectos: la dilución de oxitocina, el primer goteo, los incrementos de infusión (dosis e intervalo), y la dosis máxima administrada. La dosis inicial es de 1 mU/min (8 gotas por minuto), se aumenta en 1 a 2 mU/min cada 15 minutos hasta que se puedan lograr contracciones uterinas regulares que consisten en 3 en un periodo de tiempo de 10 min) y la dosis máxima recomendada es de 20 mU/min. Se debe administrar diluida en solución fisiológica salina o dextrosa al 5% (10UI en 1000 cc o 5UI en 500 cc) por vía EV idealmente en bomba de infusión⁴⁹.

Las soluciones hipotónicas, como la dextrosa al 5%, deben reservarse principalmente para inducciones a largo plazo que implican grandes dosis de oxitocina, evitando su uso simultáneo con la hormona antidiurética para prevenir posibles complicaciones, como la hiponatremia, que podría llevar a la intoxicación por agua. Finalmente, los protocolos de infusión se dividen en dosis alta y dosis baja, y se aconseja optar por un protocolo de dosis baja para evitar la sobreestimulación del útero y sus complicaciones asociadas⁴⁹.

Régimen	Dosis inicial	Incremento	Intervalo(min)
Dosis baja	0.5-2	1 - 2	15 - 40
Dosis alta	6	3-6	15-40

Fuente: Panal Alcántara A¹². Evaluación de los factores de riesgo asociados al fallo en la inducción del parto y la consecuente realización de cesáreas en Cádiz, año 2021.

Los efectos colaterales de la Oxitocina son dosis dependiente, entre ellos encontramos a la hipotensión arterial, náuseas, vómitos, además debemos de tener en cuenta que potencia el efecto del misoprostol y como complicaciones que se pueden presentar con su uso se encuentran la taquisistolia, la presencia de categorías II y III en el MEF (monitoreo electrónico fetal) dentro de las más frecuente y la más rara es la intoxicación hídrica¹².

2. Métodos no farmacológicos:

2.1 Despegamiento de membranas: este procedimiento, es la separación digital de las membranas ovulares del segmento uterino inferior que se realiza para estimular la producción local de prostaglandinas. Se considera más que nada como un complemento a la inducción del parto que como un método de inducción en sí mismo. En algunos centros, se implementa sistemáticamente a partir de la semana 40 del embarazo con el objetivo de reducir la incidencia de embarazos postérmino; sin embargo, no existen pruebas concluyentes que respalden este beneficio, y actualmente se desaconseja su uso ya que puede crear discomfort, sangrado, contracciones irregulares, ruptura de membranas⁵⁰.

2.2 La amniotomía que es la rotura artificial de membranas, es un procedimiento que solo es posible si las membranas son accesibles físicamente. A veces, la técnica de rotura artificial de membranas se combina con la administración de oxitocina⁵¹.

2.3 Otras intervenciones no farmacológicas que se pueden considerar incluyen la estimulación del pezón, relaciones sexuales, entre otros. Sin embargo, la efectividad de estos métodos carece de respaldo suficiente en la evidencia disponible⁵¹.

Es esencial que las pacientes que son sometidas a inducción del parto se les realice una monitorización continua en el entorno hospitalario para detectar a tiempo si se presenta alguna complicación y darle el tratamiento adecuado⁴⁷.

Complicaciones de la inducción del parto.

El primer aspecto a considerar con respecto a la intervención para inducir el parto es que, a pesar de controlar la mayoría de los factores, existe el riesgo de que la intervención no tenga éxito y resulte en una cesárea. Por lo tanto, es crucial tener en cuenta los criterios de selección de pacientes y reconocer esta posible complicación⁵².

El uso de prostaglandinas o sus análogos en las indicaciones pertinentes se relaciona con la taquisistolia sin cambios (categorías I y II) o con cambios (categoría III) en la frecuencia cardíaca fetal. Ante estos eventos, se deben implementar acciones que fomenten el flujo sanguíneo a la región feto placentaria, suspender la administración de útero tónicos y administrar tocolíticos⁵³. En el caso de la taquisistolia, se pueden aplicar medidas generales como cambiar la posición del paciente (decúbito lateral derecho o izquierdo), mejorar la oxigenación (con 10 l/min de oxígeno) y administrar líquidos intravenosos. También es crucial aliviar la presión sobre el cordón umbilical y, en caso de complicaciones por prolapso, se requiere una cesárea inmediata⁵³.

Debido a la intensa actividad biológica del misoprostol, existe una elevada probabilidad de taquisistolia, y los síntomas taquisistólicos se manifiestan a medida que la concentración sérica de misoprostol aumenta, aproximadamente 6 horas después de su administración⁵⁴. En la actualidad, la única alternativa para interrumpir la estimulación con dinoprostona o misoprostol en caso de efectos secundarios es la aplicación de óvulos vaginales de liberación sostenida. Su diseño removible permite suspender la liberación del fármaco. En contraste, con las tabletas, no es factible detener la liberación y la irritación resultante puede dar lugar a hipertonia uterina, caracterizada por contracciones que superan los 2 minutos. Este fenómeno puede desencadenar complicaciones graves como desprendimiento de placenta, rotura uterina y sufrimiento fetal agudo, requiriendo atención médica de urgencia⁵⁵.

Por lo tanto, los profesionales de la salud deben estar preparados para abordar situaciones críticas que amenacen la vida de las madres y los fetos. Asimismo, se recomienda la hospitalización desde el inicio de la inducción del parto, con monitoreo fetal constante, registro de electrocardiograma, administración de tocolíticos y la disponibilidad inmediata de un quirófano para llevar a cabo una cesárea de emergencia⁵⁵.

Inducción fallida:

Aunque el resultado más común después de la inducción del parto suele ser el parto vaginal, se estima también la posibilidad de fracaso de este procedimiento en pacientes con un estado cervical deficiente, denominada como inducción fallida, no existe una definición universalmente aceptada entre diversas sociedades académicas para este término, pudiendo definirse como la ausencia de un adecuado patrón de contracciones, dilatación o descenso de la presentación, pese a la dosis habitual del agente utilizado. Es la incapacidad para iniciar el trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento, que en la mayoría de los protocolos obstétricos requieren un período,

generalmente de 12 horas, durante el cual la mujer embarazada experimenta contracciones uterinas regulares y efectivas sin que el parto avance a la fase activa⁵⁶.

Diversos factores se asocian con un mayor riesgo de fracaso en la inducción. La estimación global de fracaso debido a un cuello uterino desfavorable es del 15%. Una vez que una mujer entra en la fase activa del trabajo de parto, se espera que su progreso sea comparable al de aquellas que inician el parto de forma natural, sin inducción⁵⁶.

Entre estos factores desfavorables se encuentran: ser primípara, tener un feto de gran tamaño, un aumento de la edad gestacional a lo largo del tiempo y datos clínicos que sugieren un deterioro fetal, como la presencia de meconio en el líquido amniótico o un monitoreo cardiotocográfico insatisfactorio⁵⁷.

En algunos casos, la condición obstétrica puede ser muy favorable, y no hay duda de que iniciar una infusión de oxitocina es la decisión correcta. Sin embargo, en otros casos, puede haber circunstancias en las que la maduración cervical no sea adecuada (según el índice de Bishop) o existan otras razones para ser cautelosos y abstenerse de iniciar la inducción con oxitocina⁵⁷.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023?

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación. La inducción del trabajo de parto es una intervención médica crucial en la atención obstétrica, diseñada para iniciar o acelerar el proceso natural del parto en gestantes. Este estudio se enfocó en explorar las características clínico-epidemiológicas de mujeres embarazadas sometidas a esta práctica, con el objetivo de mejorar la comprensión de sus implicaciones y resultados.

En el contexto actual de la salud materna, la inducción del trabajo de parto ha emergido como una estrategia común en situaciones donde se considera necesario intervenir para garantizar la salud tanto de la madre como del feto. La frecuencia de la práctica de este procedimiento ha aumentado en las últimas décadas, planteando interrogantes sobre sus repercusiones y desafíos asociados.

Desde una perspectiva clínica, es esencial examinar los factores que llevan a la decisión de inducir el trabajo de parto, como la edad gestacional, las condiciones médicas preexistentes y las complicaciones obstétricas. Este estudio analizó detalladamente la relación entre estas variables y los resultados obstétricos, incluyendo tasas de éxito, posibles complicaciones maternas y neonatales.

Además, se prestó especial atención a la epidemiología de la inducción del trabajo de parto, evaluando la prevalencia de esta práctica y el análisis de las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto, que proporciona información valiosa para los profesionales de la salud, permitiéndoles tomar decisiones fundamentadas y personalizadas en la gestión de la atención obstétrica. Además, los resultados de este estudio podrían tener implicaciones significativas en la formulación de políticas de salud materna y en la mejora de los protocolos clínicos relacionados con la inducción del trabajo de parto.

La justificación de realizar un estudio sobre las características clínico epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto se fundamenta en la creciente importancia de comprender a fondo esta intervención obstétrica, sus determinantes y sus consecuencias, con el fin de optimizar la atención materno-fetal.

Relevancia Clínica: La inducción del trabajo de parto es un procedimiento común en la práctica obstétrica actual, pero aún existen lagunas en la comprensión de sus implicaciones clínicas. Explorar las características clínicas permitió identificar factores que influyen en la toma de decisiones médicas y optimizar los resultados para las gestantes y los recién nacidos.

Justificación metodológica: Conocer las características clínicas asociadas con el éxito o la dificultad en la inducción del trabajo de parto puede contribuir a la optimización de los protocolos clínicos. Esto puede llevar a la personalización de las estrategias de inducción, adaptándolas a las necesidades específicas de cada gestante y reduciendo así posibles complicaciones.

Justificación social: Evaluar las características clínicas permite una mejor comprensión de la seguridad de la inducción del trabajo de parto. Se pudo identificar las posibles complicaciones asociadas, lo que contribuirá a mejorar las prácticas clínicas para minimizar los eventos adversos tanto para la madre como para el neonato.

Impacto en la Salud Pública: Dada la frecuencia con la que se realizó la inducción del trabajo de parto, los resultados de este estudio pueden tener un impacto directo en la salud pública. Información más precisa sobre las características clínicas y epidemiológicas puede influir en las políticas de salud materna y en la planificación de servicios obstétricos.

Mejora Continua de la Atención Obstétrica: Contribuir al conocimiento de las características clínicas de la inducción del trabajo de parto permitirá una mejora continua en la atención obstétrica, ya que los resultados pueden guiar la formación médica, las políticas hospitalarias y las estrategias de intervención, garantizando una atención más segura y efectiva para las gestantes.

Objetivos

Objetivo general

Describir las características clínico epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023

Objetivos específicos

Describir las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023

Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis General

Ha: No se tomará en cuenta por tratarse de un estudio descriptivo.

Variables

Variable de estudio

Inducción del trabajo de parto

Variables de caracterización

Características clínicas

- 1) Motivo de la inducción:
 - 1.1 Embarazo pos término
 - 1.2 Ruptura prematura de membranas
 - 1.3 Corioamnionitis
 - 1.4 Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo
- 2) Puntaje Bishop
- 3) Drogas usadas:
 - 3.1 Oxitocina
 - 3.2 Misoprostol
- 4) Complicaciones post inducción
 - 4.1 Taquisistolia
 - 4.2 Parto precipitado
 - 4.3 Diarrea
 - 4.4 Vómitos

- 5) Desenlace de la inducción
 - 4.1 Parto vaginal
 - 4.2 Parto por cesárea

Características epidemiológicas

- 1) Edad cronológica
- 2) Edad gestacional
- 3) Paridad
- 4) Comorbilidades asociadas:
 - 4.1 Sobrepeso u obesidad
 - 4.2 Diabetes mellitus
 - 4.3 Preeclampsia

II. Metodología de la investigación

Tipo: El estudio es de tipo observacional, transversal, retrospectivo.

Observacional: Ya que no hubo intervención sobre las variables de estudio.

Transversal: Porque los datos han sido recolectados en un momento específico, por lo tanto, las variables han sido medidas una sola vez, sin que exista seguimiento de éstas.

Retrospectivo: Ya que los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas.

Básico: Porque no se llevó a cabo alguna operación con las variables.

Nivel. Descriptivo, pues se trata de describir acontecimientos relacionado a una variable de estudio.

Enfoque. Cuantitativo

Diseño. Descriptivo

Población. Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica de Enero del 2022 a Diciembre del 2023 las cuales fueron 3200.

Muestra

Fórmula con población conocida.

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * P * q}$$

N= 3200

p= 0.0535 gestantes con inducción de trabajo de parto

q= 1- 0.0535= 0.9465

Z= 1.96

d= 5%= 0.05

$$n = \frac{3200 * (1.96)^2 * 0.0535 * 0.946}{(0.05)^2 * (3200 - 1) + (1.96)^2 * 0.0535 * 0.946}$$

n= 76

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestante de cualquier edad

Gestante con feto único

Gestante que tienen los datos que exige el estudio en su historia clínica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestante con embarazo múltiple

Gestante cesareada anterior

Feto macrosómico

Incompatibilidad cefalo pélvica

Muestreo: El muestreo es no probabilístico pues se seleccionaron los casos que cumplan con los criterios de inclusión.

La técnica: La recolección de los datos fueron desde las historias clínicas por lo que la técnica fue documental, se accedieron a los registros clínicos con el permiso de las autoridades del nosocomio en estudio.

Instrumento: Fue una ficha de recolección de datos que fue validado en el estudio de: Mujica Sánchez, M²⁰.

Procesamiento de datos: Los datos que se obtengan desde los registros clínicos se trasladaron a una ficha de datos individual, para luego tabular en una hoja Excel de donde se extrapolo al programa estadístico SPSS v29 y de este programa extraer las tablas estadísticas descriptivas y los porcentajes y valores absolutos, para realizar las figuras correspondientes que facilitarán una mejor comprensión de los resultados.

Ética

En el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta los principios éticos establecidos en el Reporte Belmont. No maleficencia. El estudio no tiene contacto con los participantes pues se revisó sus historias clínicas por lo que no se presentó daños ni físicos ni psíquicos. Beneficencia; el estudio se desarrolló para contribuir con el avance de la ciencia a través de información de datos locales. Justicia. Cada participante fue tratado por igual.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023. Según motivo de la inducción.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo pos término	47	61,8%
Rotura prematura de membranas	22	28,9%
Corioamnionitis	4	5,3%
Preeclampsia	3	3,9%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1, se puede observar que los motivos más frecuentes por los que se les realizó a las gestantes la inducción del trabajo de parto fueron: Embarazo pos término (61,8%), rotura prematura de membranas (28,9%) y en menor frecuencia se realizó en gestantes con corioamnionitis (5,3%) y preeclampsia (3,9%).

Figura 1. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023. Según motivo de la inducción.

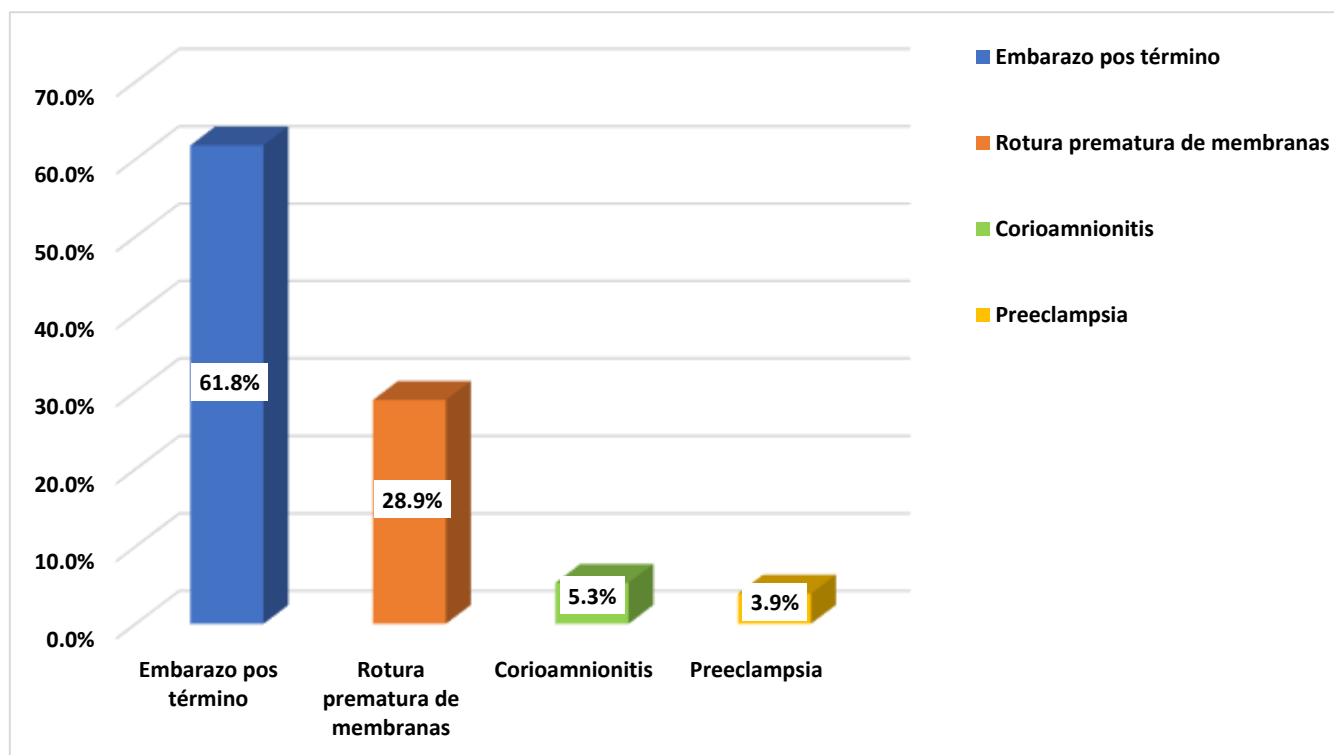


Tabla 2. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según Bishop.

Bishop	Frecuencia	Porcentaje
< 7 puntos	31	40,8%
7 a más	45	59,2%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se puede observar que las gestantes a quienes se les realizaron la inducción del trabajo de parto presentaron un puntaje Bishop menor de 7 en un 40,8% y 59,2% de ellas presentaron un puntaje de 7 a más.

Figura 2. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según Bishop.

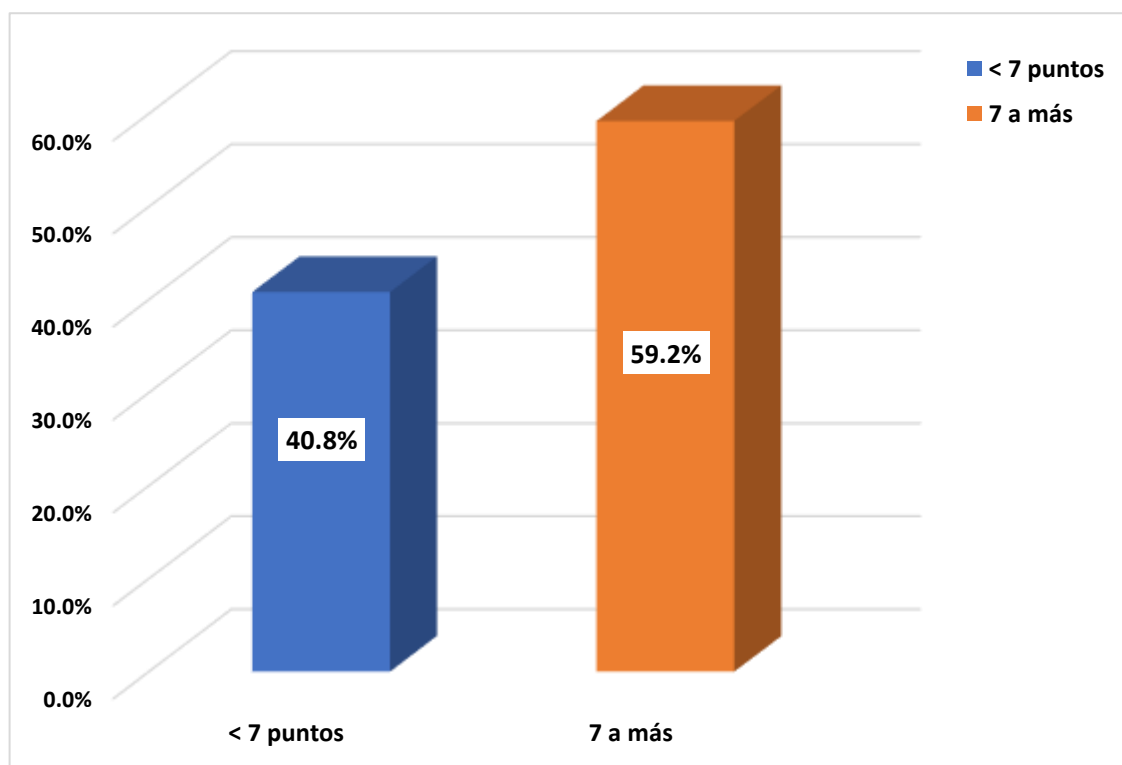


Tabla 3. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según drogas.

Drogas	Frecuencia	Porcentaje
Oxitocina	41	53,9%
Misoprostol	35	46,1%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3, se puede observar que las drogas usadas para realizar la inducción del trabajo de parto durante el periodo de estudio, fueron la oxitocina en 41 gestantes (53,9%) y misoprostol en 35 gestantes (46,1%).

Figura 3. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según drogas.

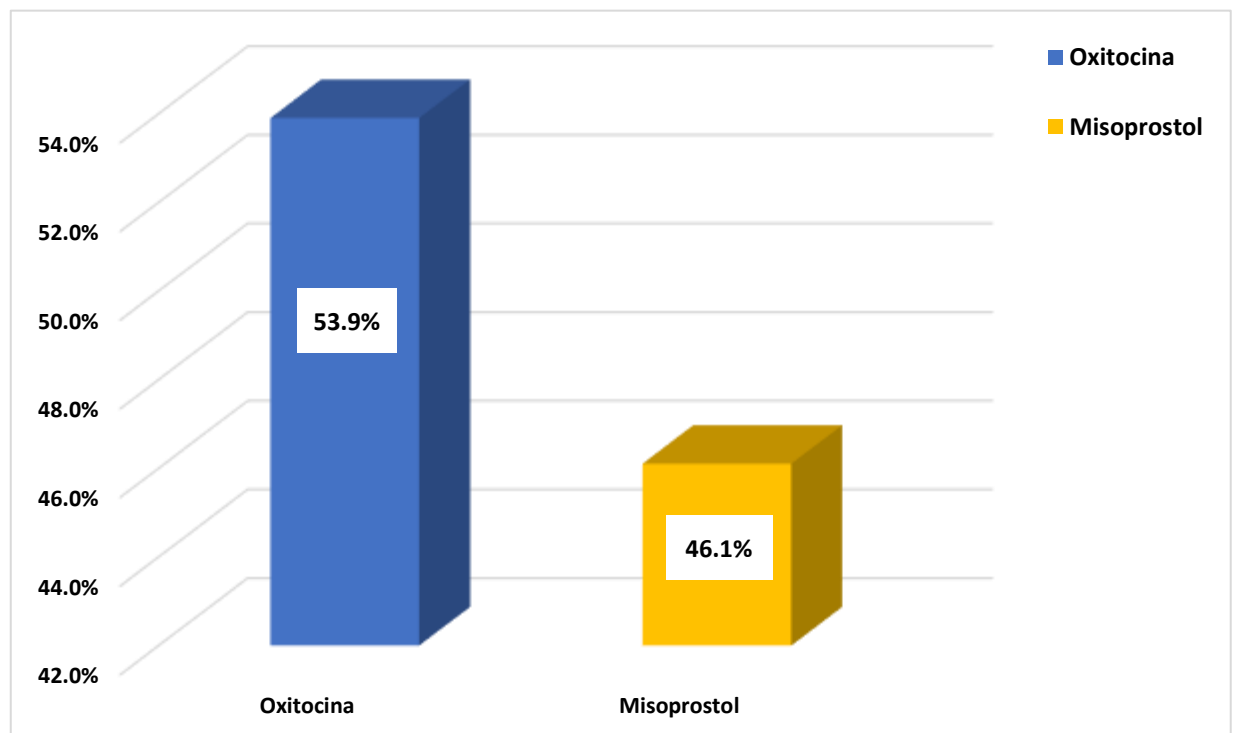


Tabla 4. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Taquisistolia	21	27,6%
Parto precipitado	6	7,9%
Diarreas	5	6,6%
Vómitos	2	2,6%
Sin complicaciones	42	55,3%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4, se puede observar que las complicaciones que se presentaron a causa de la inducción fueron en su mayoría la taquisistolia (27,6%) y parto precipitado (7,9%), por otro lado, se hallaron en menor proporción los vómitos (6,6%), diarreas (2,6%) y no se presentaron complicaciones en el 55,3% de las gestantes.

Figura 4. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023

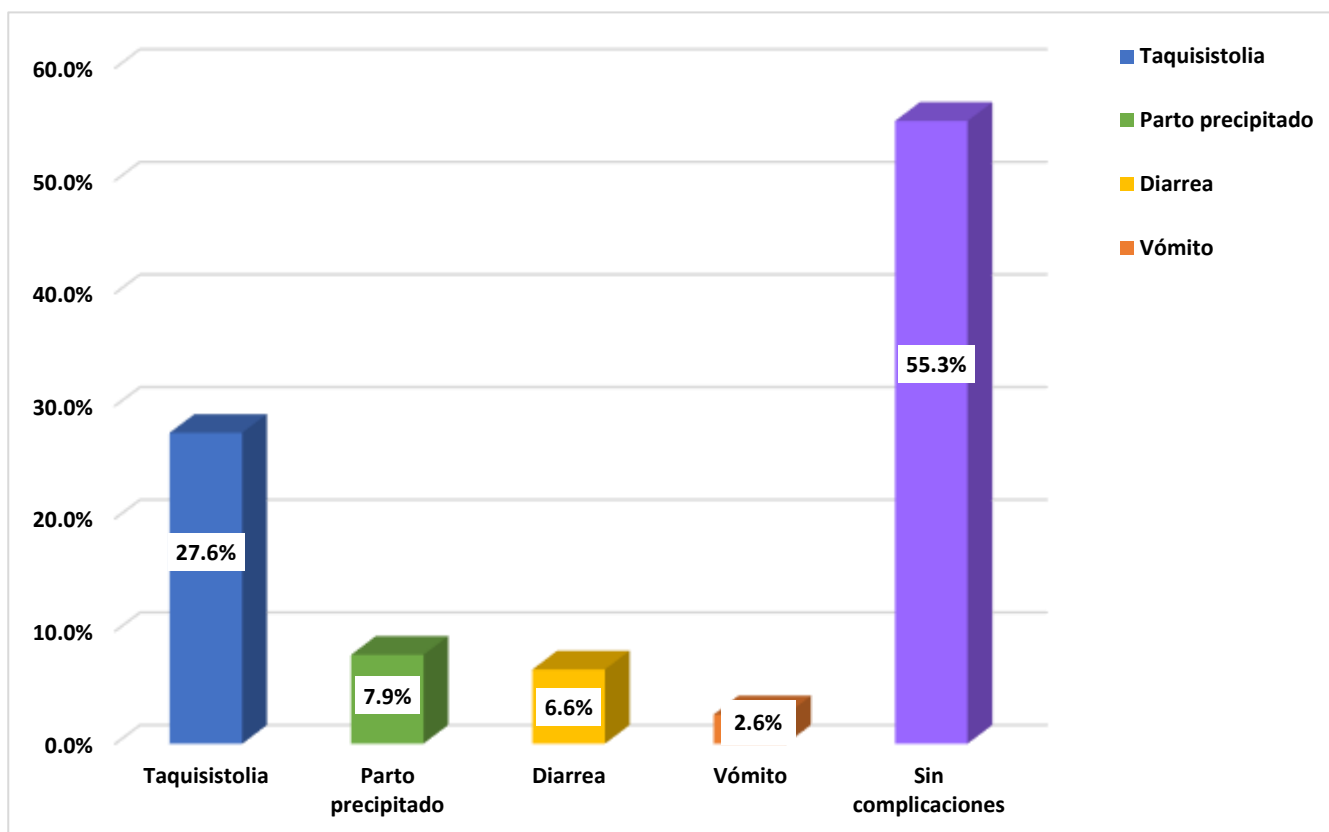


Tabla 5. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023. Según el desenlace de la inducción.

Desenlace	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	34	44,7%
Cesárea	42	55,3%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5, se puede observar que como desenlace de la inducción del trabajo de parto 34 gestantes (44,7%) obtuvieron un parto vía vaginal y a 42 gestantes (55,3%) se les realizaron cesárea.

Figura 5. Características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023. Según el desenlace de la inducción.

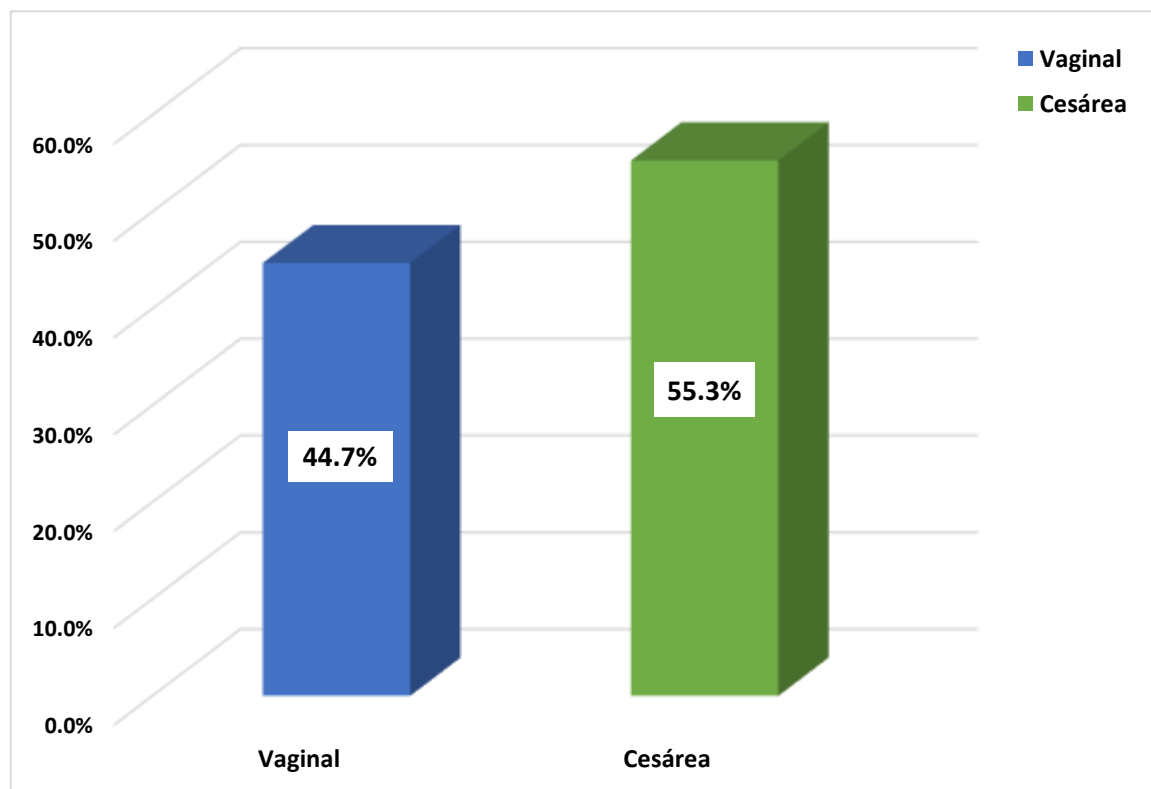


Tabla 6. Características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según la edad cronológica.

Edad cronológica	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	46	60,5%
20 a 35 años	23	30,3%
>35 años	7	9,2%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6, se puede observar que en cuanto a las características epidemiológicas el 60,5% de las gestantes sometidas a la inducción del trabajo de parto presentaron edades menores a 20 años, y el 39,5% tenían 20 años a más.

Figura 6. Características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según la edad cronológica.

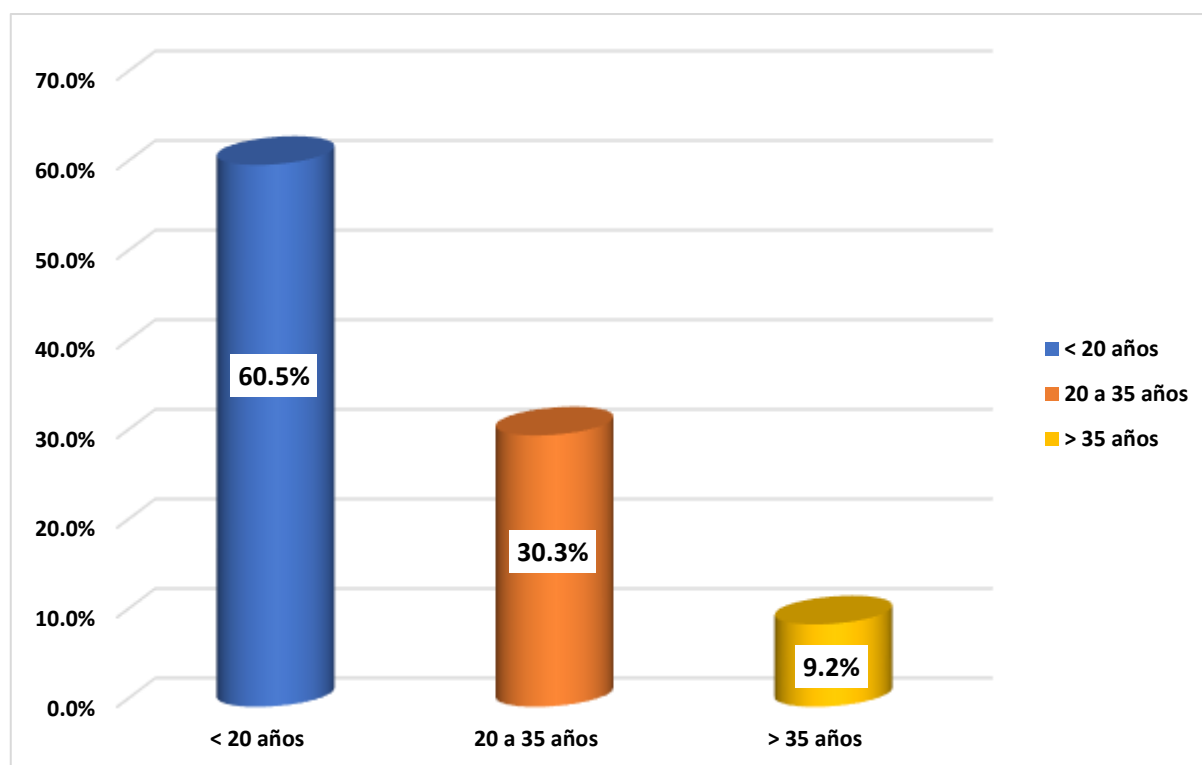


Tabla 7. Características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según edad gestacional.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
< 37 semanas	3	3,9%
37 semanas	8	10,5%
38 semanas	5	6,6%
39 semanas	6	7,9%
40 semanas	3	3,9%
41 semanas	4	5,3%
42 semanas	47	61,8%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7, se puede observar que las edades gestacionales que presentaban las pacientes inducidas sólo el 3,9% eran menores a 37 semanas y el 96,1% tenían edades gestacionales de 37 a más semanas, destacando que de este porcentaje el 61,8% correspondió a las 42 semanas de embarazo.

Figura 7. Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según edad gestacional.

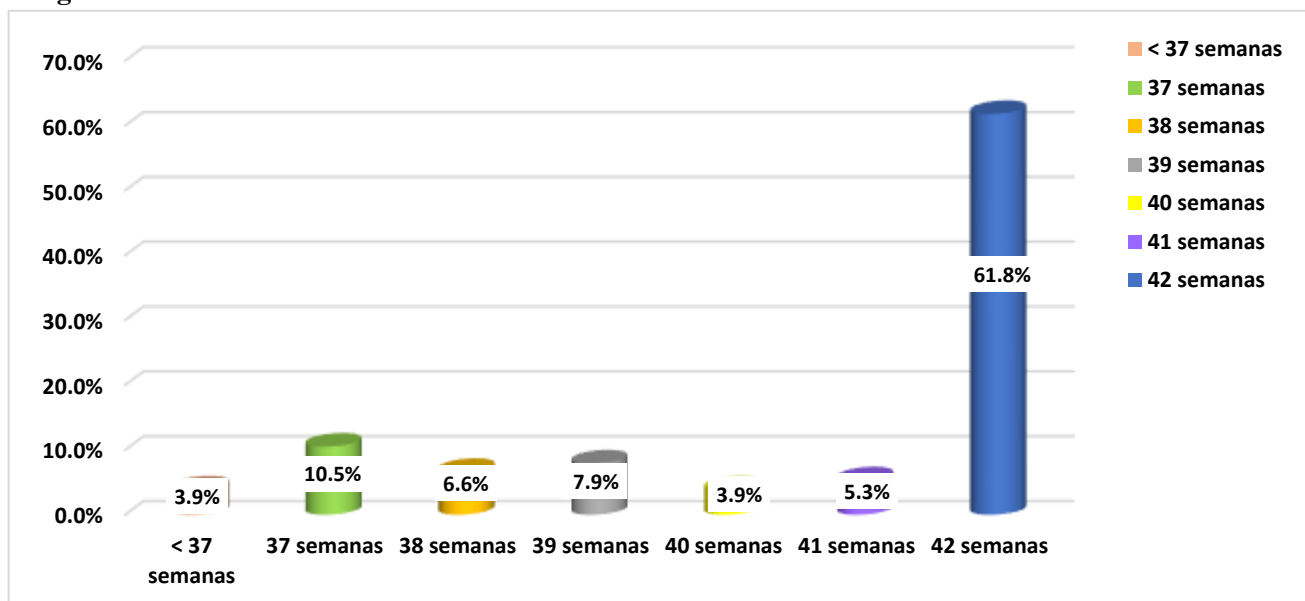


Tabla 8. Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según paridad.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	46	60,5%
Primípara	20	26,3%
Múltipara	10	13,2%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8, se puede observar que el 60,5% de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto fueron nulíparas, mientras que el 39,5% de las pacientes ya habían tenido 1 a más partos anteriores al actual.

Figura 8. Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según paridad.

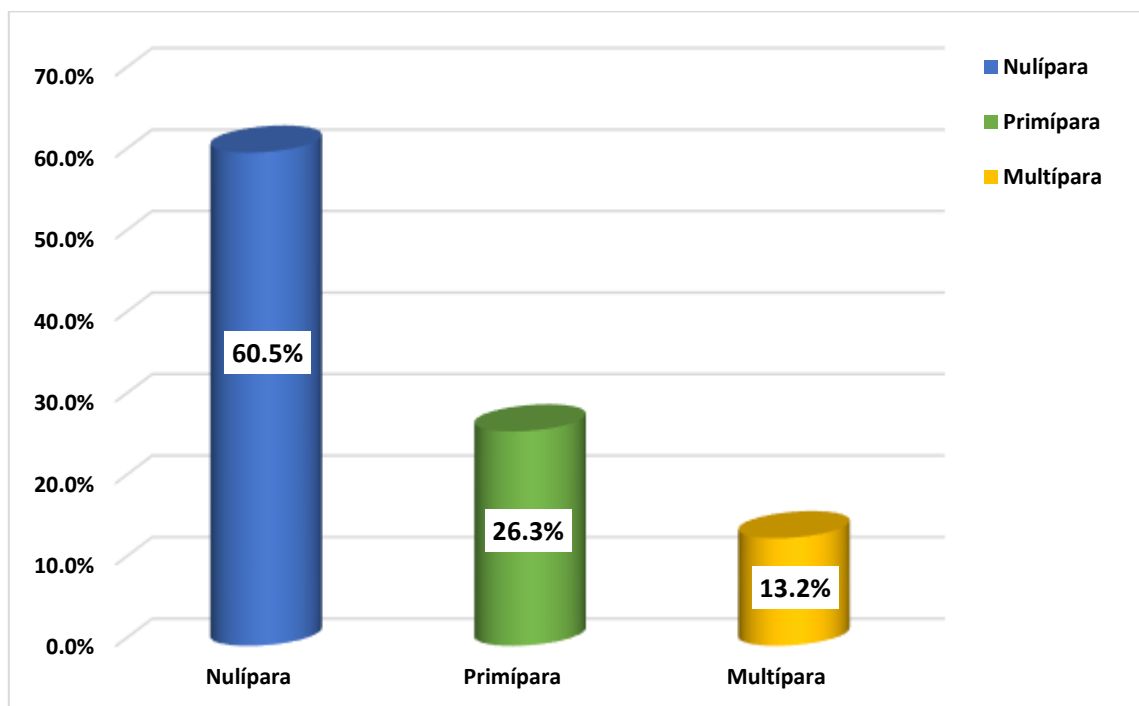


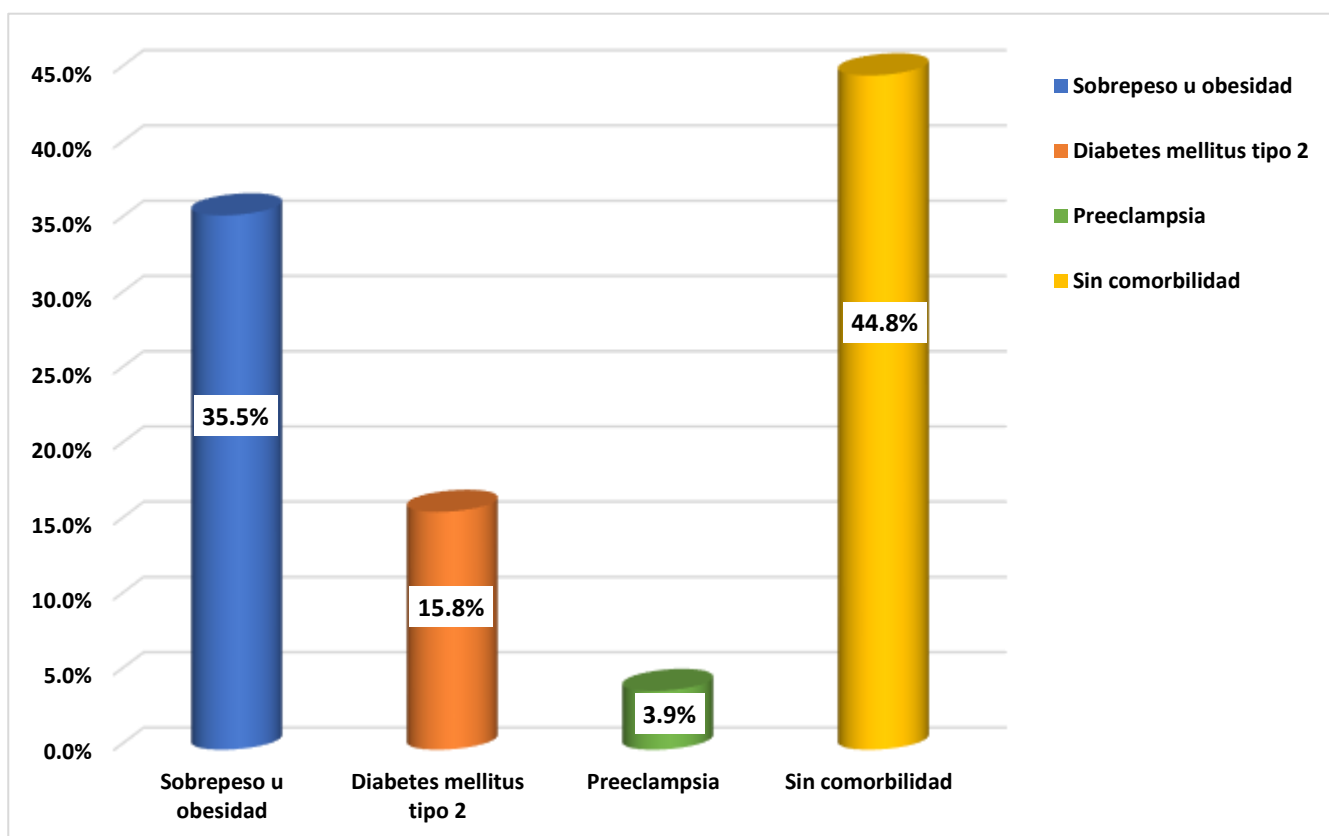
Tabla 9. Características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según comorbilidades.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso u obesidad	27	35,5%
Diabetes mellitus tipo 2	12	15,8%
Preeclampsia	3	3,9%
Sin comorbilidad	34	44,8%
Total	76	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, se puede observar que, con respecto a las comorbilidades asociadas a las gestantes inducidas de este estudio, el sobrepeso u obesidad estuvo presente en el 35,5% de las gestantes, la diabetes mellitus tipo 2 en el 15,8% y la preeclampsia en el 3,9%, mientras que el 44,8% de gestantes no presentaron comorbilidad alguna.

Figura 9. Características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023: Según comorbilidades.



IV: DISCUSIÓN

En el estudio se evaluó aspectos importantes de la inducción del trabajo de parto en un hospital referencial, determinándose que entre los motivos más frecuentes por lo que se indicó este procedimiento fue el embarazo pos término, siendo esta indicación en razón de que un parto pos término se asocia a desnutrición del producto por insuficiencia placentaria, mientras que la siguiente indicación fue por rotura prematura de membranas en la que existe el riesgo de que se presente infección de las membranas amnióticas por lo que se requiere que se inicie el trabajo de parto lo más pronto posible y en menor proporción de la indicación para inducción del trabajo de parto se encontraron a la corioamnionitis y la preeclampsia.

Al evaluar la maduración cervical con la escala de Bishop, se encontró que el 59,2% de las gestantes presentaron un puntaje de 7 a más previo a la inducción, y se obtuvo que el 75,6% de éstas culminaron en parto vaginal y el 24,4% en parto por cesárea.

Las drogas utilizadas en la inducción del trabajo de parto fueron la oxitocina mayormente y en menor proporción el Misoprostol. En el estudio realizado por Anaya¹⁵ en Cuba se utilizó mayormente sólo oxitocina con resultados exitosos pues las gestantes tenían un cuello uterino favorable para la inducción. También en el estudio de Leon¹⁸ se indica que utilizaron en la mayoría de los casos sólo oxitocina y en menor porcentaje el misoprostol para la inducción, lo que depende de las características de las gestantes, pues como indica Frias¹⁹ en su estudio en Piura en el 2023, se evalúa Bishop, edad de la madre, entre otros parámetros.

Las complicaciones que se presentaron durante la inducción fueron en su mayoría la taquisistolia, en menor proporción el parto precipitado y en muy pocas gestantes hubo vómitos y diarreas, estos resultados fueron mayores a los encontrados en el estudio de Viveros¹⁴ quien reporta una tasa de complicaciones de 19,1% frente al 44,7% encontrado en esta investigación.

El desenlace de la inducción fue en su gran mayoría el parto por cesárea en las que terminaron el 55,3% de gestantes, siendo de éstas en mayor proporción nulíparas(73,8%). Resultados similares se encontraron en la investigación de Felgueres⁹ quien concluye que el 90,9% de las gestantes inducidas terminaron su parto por cesárea y éstas eran nulíparas. En este estudio se obtuvo que el 44,7% de las gestantes inducidas obtuvieron un parto vía vaginal. Mientras que el estudio de Bassotti¹¹ en Uruguay se obtuvo una tasa de éxito de la inducción del trabajo de parto por vía vaginal de 70,8% lo que se debería a las condiciones en que las gestantes fueron inducidas, las drogas utilizadas y el puntaje Bishop encontrado.

Respecto a los aspectos epidemiológicos, se encontró en el estudio que el 60,5% de las gestantes eran menores de 20 años, concluye de la misma manera el estudio de Cedeño¹³ en el que un 76% de las gestantes presentaban edades de 16 a 25 años.

El 96,1% presentaron una edad gestacional de 37 a más semanas, de las cuales 34,3% se encontraba con edad gestacional de 37 a 41 semanas y el 61,8% eran gestantes de 42 semanas. Porcentaje similar se encuentra en el estudio de Mujica²⁰, en el que 45,6% de las gestantes inducidas, se encontraron en el rango de 37 a 40 semanas de edad gestacional.

Las gestantes en su mayoría que es el 60,5% eran nulíparas, siendo ellas las que menos comorbilidades presentaban, porcentaje similar encontró en su estudio Felgueres⁹ en México en el 2022, que indica que el 56,7% de las gestantes eran nulíparas y del mismo modo concluye Anaya¹⁵ en Cuba 2022 a 2023, quien encontró en su estudio que la nuliparidad fue predominante en el 57,6% de las pacientes.

Es así que las comorbilidades se presentaron en el 51,5% de gestantes siendo la más frecuente el sobrepeso u obesidad, seguido de la diabetes mellitus y en menor proporción la preeclampsia. El estudio de Mujica²⁰ encuentra que la mayoría de sus gestantes tenían sobrepeso u obesidad.

V: CONCLUSIONES

1. Se logró determinar que dentro de las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023 el motivo principal para realizar este procedimiento fue el embarazo pos término.
2. Se halló que 45 de las 76 gestantes inducidas al trabajo de parto presentaron un score de Bishop de 7 a más puntos, siendo 34 de éstas las que obtuvieron un parto por vía vaginal.
3. Dentro del estudio la droga frecuentemente utilizada fue la oxitocina como método farmacológico al realizar este procedimiento y la taquisistolia se presentó asociada al uso de ésta como complicación más frecuente durante la inducción.
4. Se determinó que el desenlace de la inducción del trabajo de parto fue que a 42 de las 76 gestantes se les realizaron cesárea y 31 gestantes de este grupo eran nulíparas.
5. En este estudio se encontró que la mayoría de las gestantes inducidas presentaron edades inferiores a 20 años y que 47 de las 76 gestantes tenían una edad gestacional de 42 semanas, lo que se correlaciona como el principal motivo de la inducción.
6. Se observó que 46 de las 76 gestantes eran nulíparas, siendo éstas las que menor comorbilidad presentaron, comparadas con aquellas que tuvieron anteriormente un parto o más, donde predominó el sobrepeso u obesidad y en menor proporción la diabetes mellitus.

VI: RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que a las gestantes que serán sometidas a la inducción del trabajo de parto, se les realice un correcto examen físico, el cual debe abarcar la evaluación de la pelvis y la valoración de la maduración cervical mediante el score de bishop, lo que se logra con la capacitación continua de los profesionales de salud involucrados en la atención materna.
2. Tomar en consideración realizar un registro donde se documenten los parámetros clínicos y epidemiológicos de las gestantes para así tomar una decisión informada antes de someterlas a inducción del trabajo de parto, monitorizando cada uno de éstos para incrementar las tasas de éxito de este procedimiento.
3. Se recomienda a los profesionales de ciencia de la salud (médicos especialistas en Gineco Obstetricia y licenciadas en Obstetricia) el adecuado uso del protocolo para la inducción del trabajo de parto, que ha sido elaborado en la institución donde ejercen sus labores.
4. Se sugiere cumplir con el correcto llenado de la historia clínica en cuanto concierne a este procedimiento detallando los pasos que se encuentran protocolizados en la institución, para llevar a cabo un buen control del procedimiento realizado.
5. Se recomienda actualizar los sistemas informáticos sanitarios como el Wawared, con cada gestante sometida a inducción del trabajo de parto y poder así lograr una mejora en los mecanismos de información respecto a las atenciones que han recibido las pacientes que han sido sometidas a este procedimiento.
6. Se debe promover la divulgación de este tema a la población gestante de nuestra comunidad, explicando detalladamente en que consiste la inducción del trabajo de parto, para así concientizarlas sobre la importancia que éste tiene y lograr de esta manera que puedan estar informadas si se les llegara a realizar este procedimiento en el servicio de Gineco Obstetricia.

VII: Referencias bibliográficas.

- 1.- Márquez González, Y. Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público en Nuevo León 2020. URL <https://hdl.handle.net/11285/648366>.
- 2.- Grobman WA, Caughey AB. Inducción electiva del trabajo de parto a las 39 semanas en comparación con el manejo expectante: un metanálisis de estudios de cohorte. *Soy J Obstet Gynecol*. 2019 octubre;221(4):304-310. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.046. Publicación electrónica del 25 de febrero de 2019. PMID: 30817905.
- 3.- Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario [WHO labour care guide: user's manual]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344325/9789240028531-spa.pdf?sequence=1>
- 4.- Wennerholm UB. Inducción de Trabajo de parto a las 41 semanas versus manejo expectante e inducción del trabajo de parto a las 42 semanas (Estudio sueco de inducción postérmino, SWEPIIS): ensayo de superioridad multicéntrico, abierto, aleatorizado. *BMJ*. 2021; 367: l6131. doi: 10.1136/bmj.l6131.
- 5.- Zehravi M, Maqbool M, Ara I. Correlation between obesity, gestational diabetes mellitus, and pregnancy outcomes: an overview. *Int J Adolesc Med Health*. 2021 Jun 18;33(6):339-345. doi: 10.1515/ijamh-2021-0058. PMID: 34142511.
- 6.- Melamed N, Berghella V, Ananth CV, Lipworth H, Yoon EW, Barrett J. Momento óptimo de la inducción del parto después de la rotura de membranas antes del parto a término: un análisis secundario del estudio TERMPROM. *Soy J Obstet Gynecol*. 2023 marzo;228(3):326.e1-326.e13. doi: 10.1016/j.ajog.2022.09.018. Publicación electrónica del 15 de septiembre de 2022. PMID: 36116523.
- 7.- Gill P. Inducción del parto. National Library of Medicine National Center for Biotechnology. [Internet].2023[cited 2024 Jun 21].
Avaliable form: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459264/>
- 8.- Oronzii L, D'Antonio F, Tinari S, D'Amico A, DI Sebastiano F, DI Mascio D, Liberati M, Buca D. Inducción del parto en FGR tardía. *Minerva Obstet Gynecol*. 2021 agosto;73(4):490-493. doi: 10.23736/S2724-606X.21.04820-X. Publicación electrónica del 5 de mayo de 2021. PMID: 33949825.
- 9.- Felgueres-Hermida A, Correa-Castillo MC, Padilla-Correa AM, et al. Riesgo e incidencia de cesárea en inducción de trabajo de parto electivo con misoprostol: desenlace materno. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2022;67(1):18-23. doi:10.35366/104363.
- 10.- Bassotti Carrasco J. "Factores de riesgo para el fracaso de la inducción del trabajo de parto: estudio de cohorte Uruguay 2021. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/33999>

- 11.- Álvarez-Zapata E. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. estudio descriptivo Colombia 2019. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. DOI: 10.18597/rcog.3275
- 12.- Panal Alcántara A. Evaluación de los factores de riesgo de cesárea por fallo de inducción al parto Cádiz, 2021. URI: <http://hdl.handle.net/10498/25025>
- 13.- Cedeño Vega, A. Eficacia del misoprostol en la inducción del trabajo de parto en primigestas Ecuador 2022. URI: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63907>
- 14.- Viveros Mendoza, M. Resultados perinatales en pacientes con inducción de trabajo de parto en el hospital materno infantil ISSEMYM México 2021. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/111502>
- 15.- Anaya Herazo C. Caracterización de gestantes que recibieron inducción del trabajo de parto con oxitocina. Hospital Ramón González Coro Cuba. 2022-2023. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia
- 16.- Vértiz Cobián, R. Uso del misoprostol intravaginal en la inducción del trabajo de parto y las complicaciones maternas perinatales en gestantes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – 2019. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5684>
- 17.- Llallicuna Quiñones, J. Factores asociados a falla de inducción de trabajo de parto con misoprostol en gestantes atendidas en el hospital Antonio Lorena, 2020 – 2022. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/7896>
- 18.- Leon Miranda, M. Complicaciones maternas y neonatales asociadas a la inducción del trabajo de parto, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, 2020. URI: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/20709>
- 19.- Frias Delgado, J. Inducción fallida al trabajo de parto con uso de prostaglandinas en pacientes con Bishop 3-5 y sus factores asociados en un hospital público II-2 en Piura 2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10708>
- 20.- Mujica Sánchez, M. Características Clínicas Relacionadas al Tipo de Parto en Gestantes sometidas a Inducción de Trabajo de Parto. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2019. URI: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9227>
- 21.- Cacha Ll. Complicaciones maternas fetales asociados a la inducción del trabajo de parto en gestantes que acuden al hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. URI: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4449>
- 22.- Pareja Plata, J. Factores asociados al parto por cesárea en pacientes inducidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2010- 2020. URI <http://hdl.handle.net/20.500.12969/2260>

- 23.- Castellanos-Villegas A. Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2023;37(1) Ciudad de México ene./mar. <https://doi.org/10.24875/per.22000013>
- 24.- Lelevier-De Doig Alvear H. Resultados obstétricos y perinatales entre dos puntos de cortes para determinar el inicio de la fase activa del trabajo de parto en primíparas 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n1.002>
- 25.- Martín Marcos L, Abascal Follet D, Chico Rodríguez LM, Rodríguez Matías V, Hernández Marcos C. Manejo expectante frente a inducción en el abordaje de la rotura prematura de membranas. *Metas Enferm mar* 2019; 22(2):12-20.
- 26.- Monfort Ortiz I. Maduración pre-inducción de parto. Comparación entre dinoprostona y misoprostol con objetivación de dinámica uterina mediante electrohisterografía: Un enfoque pragmático, Valencia 2019. URL: <https://rodrigo.uv.es/handle/10550/71776>
- 27.- Larios Zamora H. Eficacia de la inducción con misoprostol del trabajo de parto en embarazo a término y prolongado con cérvix desfavorable. Hospital primario Jacinto Hernández 2019. <https://core.ac.uk/download/481469248.pdf>
- 28.- Demssie EA, Deybasso HA, Tulu TM, Abebe D, Kure MA, Teji Roba K. Inducción fallida del parto y factores asociados en Adama Hospital Medical College, estado regional de Oromia, Etiopía. *SABIO Med abierto* 2022; doi: 10.1177/20503121221081009.
- 29.- Middleton P, Shepherd E, Morris J, Crowther CA, Gomersall JC. Inducción del parto a las 37 semanas de gestación o más. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2020, número 7. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub5. Consultado el 26 de diciembre de 2023.
- 30.- Debelo BT, Obsi RN, Dugassa W, Negasa S. La magnitud de la inducción fallida y los factores asociados entre las mujeres admitidas en la facultad de medicina del hospital Adama: un estudio transversal. *Más uno* 2022;17 (1): doi: 10.1371/journal.pone.0262256.
- 31.- Romero B, et al. Inducción al Parto vs Evolución Espontánea a partir de las 41 Semanas de Gestación. [Internet].2022[cited 2024 Jun 21]. Aviable form: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/numeros/volumen-21-n-15-septiembre-de-2022/128-revista-fasgo/n-15-2022/2725-induccion-al-parto-vs-evolucion-espontanea-a-partir-de-las-41-semanas-de-gestacion>
- 32.- Berghella V, Bellussi F, Schoen CN. Gestión laboral basada en evidencia: inducción del parto (parte 2). *Soy J Obstet Gynecol MFM.* 2020 agosto;2(3):100136. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100136. Publicación electrónica del 19 de julio de 2020. PMID: 33345875.
- 33.- David M, et al. Gel de dinoprostona vaginal dos veces al día versus una vez al día para la inducción del parto a término: un ensayo controlado aleatorio. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023; 292: 107-111. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.11.016.

- 34.- Berghella V, Bellussi F, Schoen CN. Gestión laboral basada en evidencia: inducción del parto (parte 2). *Soy J Obstet Gynecol MFM*. 2020 agosto;2(3):100136. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100136. Publicación electrónica del 19 de julio de 2020. PMID: 33345875.
- 35.- NICE guideline 2021. Inducción del trabajo de parto. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207>
- 36.- Lema Guamán, R. Factores maternos y fetales asociados a la inducción del trabajo de parto, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019 / Maternal and fetal factors associated with induction of labor, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2020. Cuenca; s.n; 2020. 41 p. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102489>
- 37.- David M, et al. Gel de dinoprostona vaginal dos veces al día versus una vez al día para la inducción del parto a término: un ensayo controlado aleatorio. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2023; 292: 107-111. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.11.016.
- 38.- Hamm RF, Teefey CP, Dolin CD, Durnwald CP, Srinivas SK, Levine LD. Riesgo de parto por cesárea en mujeres con obesidad mediante un protocolo estandarizado de inducción del parto. *Soy J Perinatol*. 2021 diciembre;38(14):1453-1458. doi: 10.1055/s-0041-1732459.
- 39.- Hamm RF, Srinivas SK, Levine LD. Un protocolo estandarizado de inducción del parto: impacto en las disparidades raciales en los resultados obstétricos. *Soy J Obstet Gynecol MFM*. 2020 agosto;2(3):100148. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100148.
- 40.- McCoy J, Downes KL, Srinivas SK, Levine LD. Inducción posfecha con cuello uterino desfavorable y riesgo de cesárea. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019 septiembre;32(17):2874-2878. doi: 10.1080/14767058.2018.1450861. Publicación electrónica del 21 de marzo de 2020.
- 41.- Solone M, Shaw KA. Inducción del parto con cuello uterino desfavorable. Opinión actual. *Obstet Gynecol*. 2020 abril;32(2):107-112. doi: 10.1097/GCO.0000000000000608. PMID: 32004172.
- 42.- Clinica Barcelona. Protocolo: Maduración cervical e inducción del parto. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. 2021. <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/induccin-del-parto.pdf>
- 43.- Carlson N, Ellis J, Page K, Dunn Amore A, Phillippi J. Revisión de métodos basados en evidencia para una inducción exitosa del parto. *J Partería Salud de la Mujer*. 2021 julio;66(4):459-469. doi: 10.1111/jmwh.13238. Publicación electrónica del 13 de mayo de 2021. PMID: 33984171; PMCID: PMC8363560.
- 44.- Kerr RS, Kumar N, Williams MJ, Cuthbert A, Aflaifel N, Haas DM, Weeks AD. Misoprostol oral en dosis bajas para la inducción del parto. *Sistema de base de datos Cochrane Rev*. 22 de junio de 2021;6(6):CD014484. doi: 10.1002/14651858.CD014484. PMID: 34155622; PMCID: PMC8218159.

- 45.- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Alfirevic Z. Misoprostol para la inducción del parto: una revisión sistemática. *Hno. J Obstet Gynaecol.* Agosto de 1999; 106(8):798-803. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08400.x. PMID: 10453829.
- 46.- Tablas de dosificación FIGO de mifepristona y misoprostol y solo misoprostol 2023 [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.figo.org/es/tablas-de-dosificacion-figo-de-mifepristona-y-misoprostol-y-solo-misoprostol-2023>
- 47.- de Vaan MDT. Métodos mecánicos para la inducción del trabajo de parto 2023. *Cochrane Evidence Synthesis and Methods.* https://www.cochrane.org/es/CD001233/PREG_metodos-mecanicos-para-la-induccion-del-trabajo-de-parto.
- 48.- Sarreau M, et al. Catéter con balón frente a oxitocina sola para la inducción del parto en mujeres con cesárea previa: Un ensayo controlado aleatorio. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020 febrero;99(2):259-266. doi: 10.1111/aogs.13712.
- 49.- Marconi AM. Avances recientes en la inducción del parto. *F1000Res.* 30 de octubre de 2019; 8: F1000 Facultad Rev-1829. doi: 10.12688/f1000research.17587.1.
- 50.- Graíño Pereira, V. Efectividad de la Maniobra de Hamilton como método mecánico de inducción del parto: un proyecto de investigación cuantitativa 2023.
- 51.- Shahabuddin Y, Murphy DJ. Maduración cervical e inducción del parto: una revisión crítica de los métodos disponibles. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Marzo de 2022; 79:3-17. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.11.008.
- 52.- Grobman WA, Caughey AB. Inducción electiva del trabajo de parto a las 39 semanas en comparación con el manejo expectante: un metanálisis de estudios de cohorte. *Soy J Obstet Gynecol.* 2019 octubre;221(4):304-310. doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.046.
- 53.- Krogh LQ, Glavind J, Henriksen TB, Thornton J, Fuglsang J, Boie S. Inducción del trabajo de parto a término versus manejo expectante y parto por cesárea en mujeres con obesidad: revisión sistemática y metanálisis. *Soy J Obstet Gynecol MFM.* 2023 mayo;5(5):100909. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.100909.
- 54.- Wheeler V, Hoffman A, Bybel M. Maduración cervical e inducción del parto. *Soy un médico familiar.* 1 de febrero de 2022; 105 (2): 177-186. Errata en: *Am Fam Physician.* 2022 agosto;106(2):121. PMID: 35166491.
- 55.- Orr L, et al. Combinación de Foley y prostaglandinas versus Foley y oxitocina para la maduración cervical: un metanálisis en red. *Soy J Obstet Gynecol.* 2020 noviembre;223(5):743.e1-743.e17. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.007.
- 56.- Poinas AC, Padgett K, Heus R, Perrotin F, Devlieger R. Tabletas de misoprostol orales (25 µg) para la inducción del parto: una revisión de la literatura específica y un análisis de costos. *J Med Economía.* 2022 enero-diciembre;25(1):428-436. doi: 10.1080/13696998.2022.2053432.

57.- Eriksson A, Jeppesen S, Krebs L. Inducción del trabajo de parto en mujeres nulíparas: rápido o lento: un estudio de cohorte que compara el inserto vaginal de liberación lenta con tabletas orales de misoprostol en dosis bajas. BMC Embarazo Parto. 2020 7 de febrero;20(1):79. doi: 10.1186/s12884-020-2770-0.

Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023?</p> <p>¿Cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023?</p>	<p>Objetivo general Describir las características clínico epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023</p> <p>Objetivos específicos Describir las características clínicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023</p> <p>Describir las características epidemiológicas de las gestantes sometidas a inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2023</p>	<p>Hipótesis No aplica</p>	<p>Variable de estudio Inducción del trabajo de parto</p> <p>Variables de caracterización Características clínicas</p> <p>1) Motivo de la inducción: 1.1 Embarazo pos término 1.2 Ruptura prematura de membranas 1.3 Corioamnionitis 1.4 Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo</p> <p>2) Puntaje Bishop 3) Drogas usadas: 3.1 Oxitocina 3.2 Misoprostol</p> <p>4) Complicaciones post inducción 4.1 Taquisistolia 4.2 Parto precipitado 4.3 Diarrea 4.4 Vómitos</p> <p>5) Desenlace de la inducción</p>	<p>Tipo. Investigación cuyos datos se obtendrán a partir de historias clínicas (Retrospectiva) medidas en una sola vez sin que exista seguimiento de las variables (Trasversal), describiendo las variables (Descriptivos) tal como se presentaron sin intervención en ellas (Observacional).</p> <p>Diseño Descriptivo</p> <p>Población. Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica de Enero del 2022 a Diciembre del 2023 las cuales fueron 3200.</p> <p>Muestra Aplicando la fórmula de población conocida, la muestra de estudio obtenida es de 76.</p> $n = \frac{3200 * (1.96)^2 * 0.0535 * 0.946}{(0.05)^2 * (3200 - 1) + (1.96)^2 * 0.0535 * 0.946}$ <p>n= 76</p> <p>La técnica: La recolección de los datos serán desde las historias clínicas por lo que la técnica será documental, se accederán a los</p>

		<p>4.1 Parto vaginal 4.2 Parto por cesárea</p> <p>Características epidemiológicas</p> <p>1) Edad de la gestante 2) Edad gestacional 3) Paridad 4) Comorbilidades asociadas:</p> <p>4.1 Sobrepeso u obesidad 4.2 Diabetes mellitus 4.3 Preeclampsia</p>	<p>registros clínico con el permiso de las autoridades del nosocomio en estudio.</p> <p>Instrumento: Será una ficha de recolección de datos que fue validado en el estudio de: Mujica Sánchez, M²⁰.</p>
--	--	---	---

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Fuente
V. de estudio Inducción del trabajo de parto	Procedimiento médico realizado para iniciar el proceso de parto de forma artificial cuando este no comienza de manera espontánea. Se lleva a cabo cuando los riesgos asociados con la continuación del embarazo superan los riesgos de inducir el parto.	Variable que será obtenida de las historias clínicas según criterios establecidos.	Gestante que fue inducida su trabajo de parto.	Nominal	Historia clínica
V. de caracterización					
Características clínicas	Aspectos clínicos de las pacientes sometidas a inducción del trabajo de parto.	Variable que será obtenida de las historias clínicas según criterios establecidos	1) Motivo de la inducción: 1.1 Embarazo pos término 1.2 Ruptura prematura de membranas 1.3 Corioamnionitis 1.4 Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo 2) Puntaje Bishop 3) Drogas usadas: 3.1 Oxitocina 3.2 Misoprostol 4) Complicaciones post inducción 4.1 Taquisistolia 4.2 Parto precipitado 4.3 Diarrea 4.4 Vómitos 5) Desenlace de la inducción	Ordinal	

			4.1 Parto vaginal 4.2 Parto por cesárea		
Características epidemiológicas	Aspectos epidemiológicos de las pacientes sometidas a inducción del trabajo de parto.	Variable que será obtenida de las historias clínicas según criterios establecidos	1) Edad de la gestante 2) Edad gestacional 3) Paridad 4) Comorbilidades asociadas: 4.1 Sobrepeso u obesidad 4.2 Diabetes mellitus 4.3 Preeclampsia	Nominal	

Anexo 01: Instrumento de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(Validado en el estudio de Mujica Sánchez, M²⁰)

1.- Ficha _____

2.- Inducción del trabajo de parto (Procedimiento médico realizado para iniciar o acelerar el proceso de parto de forma artificial cuando este no comienza de manera espontánea o cuando es necesario acelerarlo por razones médicas)

(Gestante con inducción del trabajo de parto)

3.- Puntaje Bishop previo a la inducción _____ **puntos**

(< a 7) (≥ a 7)

4.- Causa de la inducción

Embarazo pos termino

RPM

Corioamnionitis

Enfermedad hipertensiva asociada al embarazo bajo control.

Otro _____

5.- Drogas usadas

Oxitocina

Misoprostol

6.- Complicaciones post inducción

Taquisistolia ()

Parto precipitado ()

Fiebre ()

Náuseas ()

Vómitos ()

Diarrea ()

7.- Desenlace de la inducción

(Parto vaginal) (Parto por cesárea)

8.- Edad de la gestante_____años

(< 20 años) (20 a 35 años) (> 35 años)

9.- Edad gestacional_____semanas

10.- Paridad

(Nulípara) (Primípara) (Multípara)


11.- Comorbilidades asociadas

(Sobrepeso u obesidad)


(Diabetes mellitus)

(Preeclampsia)

Anexo 02: Resolución directoral de aprobación de investigación en el Hospital Regional de Ica(01)


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 192-2024-HRI/DE.



Resolución Directoral

Ica, 29 de Febrero del 2024

VISTO:
El Expediente N° 24-003236-001, que contiene el Memorando N° 184-2024-HRI/DE, de fecha 16 de febrero del año 2024, emitido por la Directora Ejecutiva del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 058-2024-GORE-DIRESA-HRI/OADI

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 058-2024-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 16 de febrero del año 2024, el jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado "**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022-2023**" presentado por la Investigadora **PAOLA DEL ROSARIO PALOMINO MUÑOZ**, alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad nacional "San Luis Gonzaga de Ica", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 15 de febrero del año 2024.

Que, con Memorando N° 0184-2024-HRI/DE, de fecha 16 de febrero del año 2024, la Directora Ejecutiva del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 058-2024-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

...///

Anexo 02: Resolución directoral de aprobación de investigación en el Hospital Regional de Ica(02)

-PÁG. 02-

W...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022-2023"	PAOLA DEL ROSARIO PALOMINO MUÑOZ.



ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes. _____

Regístrese y Comuníquese.



ORAR/DE
JACM/D.E.ADM.
RIGG/J.ORMH.
JAF/J-AZ

Anexo 03: Fotografías en la institución en la que se realizó la investigación



Anexo 04: Fotografías en Estadística del Hospital Regional de Ica, recolección de información

