

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INDUCCIÓN FALLIDA CON
MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN
EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO 2016”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Hilario Silva, Bettzi Gania

ASESOR: Ballarte Baylon, Natalia

HUÁNUCO – PERÚ

2020



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 71628899

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22486754

Grado/Título: Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación

Código ORCID: 0000-0002-0795-9324

DATOS DE LOS JURADOS:

H

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Castro Quiroz, Teogenes Alfonso	Obstetra	22404179	0000-0001-5235-2284
3	Santana Javier, Trinidad Dominica	Obstetriz	22411246	0000-0002-7545-386X



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **doce** horas del día **diez** del mes de **diciembre** del año **dos mil veinte**, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron el sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ	(PRESIDENTE)
OBST. TEOGENES A. CASTRO QUIROZ	(SECRETARIO)
OBST. TRINIDAD SANTANA JAVIER	(VOCAL)

Nombrados mediante la Resolución N° 983-2020-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: "FACTORES ASOCIADOS A LA INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÀN MEDRANO 2016"; por la Bachiller en Obstetricia **Bettzi Gania Hilario Silva**, para optar el Título profesional de **Obstetricia**.

Dicho acto de sustentación se desarrollará en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formulados por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **APROBADO** por **UNANIMIDAD** con el calificativo cuantitativo de **QUINCE** y cualitativo de **BUENO**.

Siendo las **14:15** horas del día **10** del mes de **DICIEMBRE** del año **2020** los miembros del jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
PRESIDENTA

OBST. TEOGENES A. CASTRO QUIROZ
SECRETARIO

OBST. TRINIDAD SANTANA JAVIER
VOCAL

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, por darme la vida y por estar con El en cada trayectoria de mi vida, por darme la fuerza de seguir adelante e iluminar mi pensamiento y por haber puesto en mi vida a los seres mas importantes que me brindan todo el apoyo incondicional que me dan a cada paso de doy y su compañía infaltable.

A mi linda madre Nancy Silva Falcon por brindarme su apoyo en todo momento y a darme esos animos de seguir luchando por lo que anhelo, por su gran amor al comprenderme y darme fuerzas para seguir esta trayectoria enfocada a mi vida profesional.

A mi asesor la magister Ballarte Bailon, Natalia por el apoyo, su dedicación y gran paciencia que tuvo durante la redacción de mi tesis.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por darme su compañía y guiarme a lo largo de mi carrera, por ser mi mayor fuerza para superar las barreras y salir adelante de cada momento difícil.

Gracias a mi familia por darme toda la positividad que necesite durante mi trayectoria universitaria.

A la Universidad de Huánuco, la facultad de ciencias de la salud y la Escuela Académica Profesional de Obstétrica, a su plantel de docentes y demás profesionales que con su gran enseñanza hicieron que me forme profesionalmente.

A mis jurados: Bacilio cruz Silvia, Castro Quiroz Teogenes Alfonso y Santana Javier Trinidad por sus observaciones y por orientarme para mejorar mi tesis.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE.....	iv
INDICE DE TABLAS	vii
INDICE DE GRAFICOS	ix
RESUMEN.....	xi
SUMMARY.....	xiii
INTRODUCCION	xv
CAPÍTULO I.....	17
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 Descripción del problema	17
1.2 Formulación del problema	20
1.2.1 Problema general.....	20
1.2.2 Problemas específicos	20
1.3 Objetivo general.....	21
1.4 Objetivos específicos	21
1.5 Justificación e importancia.....	22
1.5.1 A nivel teórico.....	22
1.5.2 A nivel práctico.....	23
1.5.3 A nivel metodológico	23
1.5.4 Limitaciones de la Investigación.....	23
1.6 Viabilidad de la investigación.....	24
CAPÍTULO II.....	25
2 MARCO TEÓRICO	25
2.1 Antecedentes de investigación	25
2.1.1 Antecedentes Internacionales	25
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	30
2.1.3 Antecedentes Locales:.....	32
2.2 Bases teóricas	33
2.2.1 Definiciones Embarazo prolongado.....	33
2.2.2 Estimación de la edad gestacional	33
2.2.3 Factores que predisponen el trabajo de parto.....	34

2.2.4	Factores de riesgo.....	34
2.2.5	El Misoprostol.....	37
2.3	Definición de conceptos básicos.....	38
2.4	Hipótesis.....	40
2.4.1	Hipótesis General.....	40
2.5	Variables.....	40
2.5.1	Variable Dependiente.....	40
2.5.2	Variable independiente.....	40
2.6	Operacionalización de variables.....	41
CAPÍTULO III.....		42
3	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.1	Tipo de Investigación.....	42
3.1.1	Enfoque.....	42
3.1.2	Alcance o nivel.....	42
3.1.3	Diseño del estudio.....	43
3.2	Población y muestra.....	43
3.2.1	Población.....	43
3.2.2	Características generales de la población:.....	43
3.2.3	Selección de la muestra.....	44
3.2.4	Muestra:.....	44
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.3.1	Técnica de recolección de datos.....	45
3.3.2	Instrumentos de recolección de datos.....	45
3.4	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	45
3.4.1	Recolección de datos.....	45
3.5	Técnicas para el análisis de la información.....	47
CAPITULO V.....		48
4	RESULTADOS.....	48
4.1	Presentación de resultados.....	48
4.1.1	Características sociodemográficas de la muestra.....	48
CAPITULO V.....		62
5	DISCUSIONES DE RESULTADO.....	62
5.1	Contrastación de los resultados.....	62
CONCLUSIONES.....		66

RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
ANEXOS.....	76

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 EDAD MATERNA AVANZADA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	48
Tabla N° 2 PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS QUE ACUDIERON POR FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN	49
Tabla N° 3 PESO PREGESTACIONAL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	50
Tabla N° 4 ALLA MATERNA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.....	51
Tabla N° 5 PESO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN .	52
Tabla N° 6 NUMERO DE PARTOS COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	53
Tabla N° 7 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE EMBARAZO PROLONGADO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	54
Tabla N° 8 SEXO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	55
Tabla N° 9 PESO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	56
Tabla N° 10 PUNTAJE DE BISHOP PRE-INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.....	57

Tabla N° 11 INDICACION DE INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION.....	58
Tabla N° 12 VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION.	59
Tabla N° 13 NUMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION	60
Tabla N° 14 EDAD GESTACIONAL COMPROBADA POR CAPURRRO: EG 41- 42ss COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION.....	61

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 EDAD MATERNA AVANZADA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	48
Gráfico N° 2 PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS QUE ACUDIERON POR FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN	49
Gráfico N° 3 GRAFICO N° 3: PESO PREGESTACIONAL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN	50
Gráfico N° 4 TALLA MATERNA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.....	51
Gráfico N° 5 GRAFICO N° 5 PESO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	52
Gráfico N° 6 GRAFICONUMERO DE PARTOS COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	53
Gráfico N° 7 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE EMBARAZO PROLONGADO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN	54
Gráfico N° 8 SEXO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	55
Gráfico N° 9 PESO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.....	56
Gráfico N° 10 PUNTAJE DE BISHOP PRE-INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.	57

Gráfico N° 11 INDICACION DE INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.....	58
Gráfico N° 12 VIA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.	59
Gráfico N° 13 NUMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN	60
Gráfico N° 14 EDAD GESTACIONAL COMPROBADA POR CAPURRRO: EG 41- 42ss COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN	61

RESUMEN

Objetivo: Establecer cuáles son los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Métodos y técnicas: Según el nivel de fondo y alcance de período, la investigación fue de diseño no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo; ya que se efectuó la recaudación de datos en un solo tiempo, con el propósito de demostrar las hipótesis planteada, para lo cual se utilizó historias clínicas de dicho hospital.

Resultados: En las características sociodemográficas de las usuarias de edad materna > 35 años 40.8% manifestó tener una relación con proporción al fracaso de la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación. En base al Índice de Masa Corporal >25kg/m² manifestó en mi investigación no relacionarse con el fracaso de la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación. En base a la nuliparidad 36,6% manifestó tener una relación con cierta moderada magnitud relacionada al fracaso en la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación. En base a los antecedentes obstétricos 52,11% manifestó tener una alta relación con el fracaso en la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación. En base al sexo masculino de los recién nacidos 50.7% demostró tener una asociación mayor respecto al fracaso en la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación. En base al peso del recién nacido en mi trabajo de investigación se demuestran que el 71,8% (51) tienen de 2500 a 4000gr, manifestó no tener relación con el

fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación. En base al puntaje de Bishop pre-inducción el 62,0% corresponde a Bishop 5, demostró tener concordancia con el fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación. En base a la indicación de inducción 50,7% demostró no tener una asociación en relación al fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación. En base a las vías de terminación de parto, terminación de parto vía cesárea 47,9% demostró tener una asociación en relación al fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación. En base al número de dosis de misoprostol, 66,2% corresponden a una dosis fallida, demostró una asociación en relación al fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación. En base a la edad gestacional probada por Capurro: EG 41 a 42ss se evidenciaron que el 66,2%, teniendo relación con la asociación con el fracaso de inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación. **Conclusión:** Existen factores de riesgo de edad >35 años, nuliparidad, antecedentes obstétricos, sexo del recién nacido masculino, asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación, puntaje de Bishop pre-inducción, vía de terminación de embarazo, número de dosis de misoprostol, edad gestacional >41 semanas.

Palabras claves. Factores asociados a la inducción fallida con misoprostol, embarazos en vías de prolongación

SUMMARY

Objective: To determine which factors are associated with failed induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation at the Regional Hospital Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Methods and techniques: According to the degree of depth and time scope, the research was non-experimental, descriptive, cross-sectional, retrospective; Due to the fact that the data collection was carried out in a single moment, with the purpose of verifying the hypotheses raised, for which an interview guide was used.

Results: In the sociodemographic characteristics of the users of maternal age > 35 years, 40.8% showed an association with respect to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in prolongation. On the basis of Body Mass Index > 25kg / m², it was shown in my study that it was not related to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in the long term. Based on nulliparity, 36.6% showed an association with moderate magnitude with respect to failure in induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on obstetric history, 52.11% showed a greater association with respect to failure. in induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on the sex of the newborns, 50.7% showed a greater association with respect to failure in induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on the weight of the newborn in my research study, it is evident that 71.8% (51) have from 2500 to 4000gr, it was shown to be unrelated to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on Bishop's pre-induction

score, 62.0% corresponds to Bishop 5, it was shown to be related to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on the indication of induction, 50.7% showed no association in relation to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on the pathways to termination of labor, termination of delivery via cesarean section 47.9% showed an association in relation to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in prolongation. Based on the number of doses of misoprostol, 66.2% correspond to a failed dose, an association was shown in relation to the failure of induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Based on the gestational age verified by Capurro: EG 41 to 42ss, it was evidenced that 66.2%, being related to the association with the failure of induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation. Conclusion: There are risk factors for age > 35 years, nulliparity, obstetric history, sex of the male newborn, associated with those associated with failed induction with misoprostol in pregnancies in the process of prolongation, Bishop's score induction, via termination of pregnancy, misoprostol doses number, gestational age > 41 weeks.

Keywords. Factors associated with failed induction with misoprostol, pregnancies in the process of prolongation.

INTRODUCCION

En la presente trabajo de investigación se identificaron los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano en el año 2016.

Por lo tanto por esta situación observada y evidenciada a través de los informantes claves, despierta el interés de estudio por lo que se plante a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

De tal manera que se estudió los factores asociados como la edad materna >35 años, el índice de masa corporal ≥ 25 , la nulidad y antecedentes de embarazos en vías de prolongación, el sexo masculino del recién nacido y el peso del recién nacido $\geq 4000g$.

En el presente estudio, se evidenció los factores asociados como la edad materna >35 años, la nuliparidad y antecedentes de embarazos en vías de prolongación y el sexo masculino del recién nacido.

Se han analizado las variables dependientes e independientes y con una muestra de 71 usuarias se ha llevado en cabo un estudio de tipo no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo;

A continuación se describe el contenido y la estructura que comprende la tesis.

En el primer capítulo abarca el problema general, la cual consta de descripción del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, limitaciones y viabilidad de la investigación.

En el segundo capítulo se presenta marco teórico, que cuenta con antecedentes internacionales, nacionales, locales, bases teóricas, definición de conceptos básicos, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

El tercer capítulo se encuentra la metodología, en que se incluye el tipo de investigación, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos y técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

En el cuarto capítulo, se da a conocer los resultados y discusiones, comparación con otros estudios internacionalmente y nacional.

Por último encontramos conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El embarazo prolongado es un término obstétrico específico en función a su permanencia, la cual es aquella con 42 semanas de gestación. Sin embargo el embarazo en vías de prolongación es aquella con una edad gestacional de 41 semanas, algunos estudios indicaron que tener un embarazo prolongado incrementa el riesgo de sufrimiento fetal, mortalidad intrauterina, la aspiración de meconio, las convulsiones neonatales, etc. Las elecciones actuales para el procedimiento del embarazo prolongado es la deliberación de la inducción a las 41 semanas.

(1)

Sin embargo existen varios métodos técnicos disponibles para inducir el parto, las prostaglandinas siguen siendo el medio más vigorosa. Sin embargo, estos son costosos en países en desarrollo como el nuestro, donde también hay pacientes con una paridad promedio alta. Se ha demostrado que el uso de un régimen de inducción con solo oxitocina, sin prostaglandinas, es potencialmente peligroso. (2,3)

La incidencia de embarazo prolongado se sitúa entre el 2,2 y el 14%, siendo una patología obstétrica común en el Perú, asociado a la morbimortalidad fetal y materna. (4,5)

El misoprostol es un agente para la inducción del parto, y muy adecuado para la inducción del parto prolongado. (6,7)

En los últimos años, el Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó tabletas de misoprostol de 25 µg, adecuado para la estimulo del trabajo de parto en vías de prolongación de forma eficaz, económico y práctica. ^(8,9)

La inducción del trabajo de parto es un proceso obstétrico común. El estado del cuello uterino es el factor más importante para su éxito. El mecanismo de acción para la maduración cervical se basa en la actividad de esta sustancia sobre los componentes del cuello uterino, que está formado por músculo liso, colágeno y tejido conectivo que constituyen la sustancia base donde se forman importantes compuestos del cuello uterino (glucosaminoglicanos). ⁽¹⁰⁾

Un gran porcentaje de investigación que conjugan el misoprostol con prostaglandinas con el gel dinoprostone, y se llegó a la gran conclusión de decretar el misoprostol como un medicamento positivo y al alcance del bolsillo económico. ⁽¹¹⁾

En una investigación llevado a cabo en el Hospital Uldarico Rocca Fernández en Lima, manifestó que el misoprostol es el tratamiento adecuado para usar de forma terapéutica de base etiológica en el tratamiento en embarazos en vías prolongadas. Años atrás (2001) se investigó la eficacia sobre la dosis de 50 mcg a pausas de 4 horas hasta un máximo de 4 administraciones para el éxito de la inducción del parto y lograr una reducción en la tasa de cesáreas. ⁽¹²⁾

Como consecuencia de esta tendencia preventiva, se extiende el término embarazo, como aquella gravidez que prevalece las 41 ss de edad

gestacional sin haber llegado a las 42 ss. Este es importante e esencial a la hora de determinar medidas terapéuticas ya que el número de muertes perinatales y maternas acrecienta en esta etapa de gravidez con mayor porcentaje en los embarazos de 40 o 39 ss⁽¹³⁾ es decir, abarca cierto peigro medio en la que se debe actuar antes de llegar a un riesgo mayor (embarazo prolongado). Por esta razón, la interrupción del embarazo es necesaria, ya sea por vía vaginal después de la inducción o por cesárea. ⁽¹⁴⁾

Por otro lado, varios estudios establecieron los factores asociados al embrazo prolongado los cuales en mayor prevalencia fueron la edad materna ⁽¹⁵⁾, índice de masa corporal alto ⁽¹⁶⁾, paridad ⁽¹⁷⁾, antecedente de embarazo prolongado⁽¹⁸⁾, feto de sexo masculino ⁽¹⁹⁾ y fetal ponderado alto. ⁽²⁰⁾ Raygada ⁽²¹⁾ evidencio una asociación significativa entre la paridad y la inducción fallida.

La interrupción del embarazo con conducta activa es decir con una inducción farmacológica, se ha creado en diferentes hospitales de forma mundial, siendo eficaz a cierto tiempo en la mejora de las situaciones obstétricas y neonatales, con una dismimnucion de la morbimortalidad, tal y como comprueba la investigación realizado en la ciudad de Queensland donde se evidencio la disminución en la etapa de embarazos prolongados así como la desecendencia de la mortalidad fetal. ⁽²²⁾

En cuanto a la inducción farmacológica con misoprostol, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) establecio el uso de misoprostol en ginecología y obstetricia ⁽²³⁾ en la que se establecen los parámetros para la inducción del parto. ⁽²⁴⁾

Por los considerandos expuestos el presente estudio tiene el objetivo de establecer cuáles son los factores que están asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, estableciendo relación entre cada uno de las variables para después cuantificar y analizar sus resultados.

1.2 Formulación del problema

De lo anteriormente mencionado, las interrogantes que guiarán la presente investigación serán:

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

1.2.2 Problemas específicos

¿La edad materna > 35 años es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

¿El Índice de masa corporal ≥ 25 es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

¿La nuliparidad es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

¿El antecedente de embarazos en vías de prolongación es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

¿El sexo masculino del recién nacido es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

¿El peso del recién nacido $\geq 4000\text{g}$ es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?

1.3 Objetivo general

Determinar cuáles son los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

1.4 Objetivos específicos

Determinar si la edad materna ≥ 35 años es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

Determinar si el IMC ≥ 25 es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

Determinar si la nuliparidad es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

Determinar si el antecedente de embarazos en vías de prolongación es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

Determinar si el sexo masculino del recién nacido es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

Determinar si el peso del recién nacido $\geq 4000g$ es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

1.5 Justificación e importancia

Dado que el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano es una sede de referencia en nuestra región Huanuco , se satisface realizar esta investigación y así llegar a identificar los factores envueltos en el fracaso de la inducción con misoprostol en el embarazo prolongado, con la finalidad de que quede aclarado esta experiencia investigada , como una información importante para conocer mas sobre el tema y que quede comprobado dicha investigación , disminuyendo así la cifra de cesáreas urgentes en mujeres inducidas y evadiendo los peligros maternos incorporados a esta patología gineco-obstétrica.

1.5.1 A nivel teórico

Para nosotros los Obstetras es importante el bienestar y el buen desarrollo de toda mujer en el estado de gestación, es por eso que con

esta investigación pude identificar los factores asociados a la inducción fallida, ya que la inducción del trabajo de parto se efectúa con mucha reiteración en mujeres gravidez a término, con el fin de reducir las muertes maternoperinatal.

1.5.2 A nivel práctico

Dada la predisposición de ahora , de acoger conductas activas para la dirección del embarazo en proceso de prolongación, es necesario ponderar variables a favor de la terminación de un embarazo en el proceso de prolongación con misoprostol, evaluando los importantes factores de riesgo que hacen tendenciosa al fracaso de la inducción de ciertos fármacos, llegando a lo primordial de este estudio que es obtener y instaurar una relación impensada entre estos factores de riesgo para el embarazo prolongado y el fracaso de la inducción del trabajo de parto, descendiendo así la tasa de cesáreas de urgencia en mujeres echas ya la inducción y evitando así los peligros materno-perinatales.

1.5.3 A nivel metodológico

Por otro lado el presente estudio servirá como antecedente para diversas investigaciones, sobretodo en la atención integral de la gestante, a fin de que se efectué controles pre natales de calidad antes de que ocurra un problema de salud reproductiva.

1.5.4 Limitaciones de la Investigación

Para el esquema del trabajo de investigación se necesito de varios trabajos de investigación que tengan similitudes coherentes al contenido como instrumentos de consulta también de fuentes muy bien

investigadas, como de bibliografías actuales y representadas y de orígenes bibliográficas en la web , por lo que constan de ciertas limitaciones metodológicas de antecedentes regionales para su extensivo desarrollo.

Por ser un estudio descriptivo, la población de estudio que puede considerarse cautiva ya que es un tema muy importante para el estudio de la medicina y incorporar datos obstétricos , tiene primacía en cuanto a las aptitudes para realizar un estudio de este tipo, pero constan de ciertas limitaciones si se desea extrapolar las deducciones y desenlaces a otros conjuntos de miembros de cierta población aunque sean demográficamente equivalentes.

1.6 Viabilidad de la investigación

El presente trabajo de investigación será viable completo, a que existe medios económicos para la realización del propósito en términos de precios de pacto a las establecidas secciones que serán solucionados únicamente por el investigador.

Asimismo con los recursos humanos, se sitúa de sostén necesario en las distintas etapas del trabajo de investigación : investigador, guía, personal para la adquisición de datos y sustentáculo para el observación de datos.

Por otro lado el estudio será viable operativamente ya que se cuenta con el convenio con el Hospital de Contingencia y la Universidad lo que facilitara la autorización correspondiente para el registro de datos.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Para el estudio se indagaron antecedentes investigativos similares que llevaron a plasmar las referencias bibliográficas plasmadas en el presente estudio.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En México 2014. Montes de Oca ⁽²⁵⁾, realizó un proyecto de investigación titulado: “Longitud cervical determinada por ecografía transvaginal como factor pronóstico de éxito en la inducción del trabajo de parto, en pacientes de primera etapa con embarazo prolongado en el Dr. Gustavo Paz Prada. “El objetivo del cual fue establecer la extensión cervical medida por el método de ecografía dentro de la vagina con la que se logra un cuello uterino óptimo para la inducción del trabajo de parto en gestantes primíparas con gravidez prolongado, el estudio fue observacional-descriptivo cruzado con una muestra de 61 pacientes. Los resultados obtenidos fueron que la edad promedio fue de 22 años; la repartición por tipo de parto fue 57,3% parto eutócico , 42,6% distócico. La determinación más común de llegar a un parto distócico es la disminuida evolución . La inducción fue célebre en 80,3%. se concluye afirmando que la medida de la espacio de cuello uterino por ecografía transvaginal es un objeto importante e indispensable como un medio para llegar a la conclusión de una inducción exitosa del trabajo de parto y la permanencia de la inducción.

En Guatemala 2011, Pérez ⁽²⁶⁾ realizó un estudio titulado: "Eficacia del misoprostol en la inducción del parto en el hospital regional occidental", cuyo objetivo fue revalidar la actividad de este medicamento (misoprostol) en la inducción del trabajo de parto. La investigación fue Cuantitativo - Descriptivo - Retrospectivo, con una muestra de 783 casos de mujeres con gravidez a término, que fueron inducidas al parto con misoprostol. Entre los resultados, se encontró que el 4,98% de partos distócicos realizadas habían fallado al objetivo como indicación. El 83% de la tasa tuvo efectos secundarios. La asociación inducción de misoprostol - conducción de oxitocina, documentada (572 casos), tuvo una tasa de cesáreas de 56,47%. De los 667 casos con feto vivo, el 34,72% presentó sufrimiento fetal. La vía de administración que presentó algunos efectos secundarios en todos los casos investigados e argumentados fue la vía sublingual; 89,7% de alta contractilidad en el útero, 100% de sufrimiento en el producto. El conducto de administración con baja tasa de partos distócicos (29,48%) presentada fue: conducto intracervical. Se concluye indicando que el misoprostol es efectivo para la inducción del trabajo de parto, su asociación con la conducción con oxitocina aumenta la tasa de cesáreas.

Zimbabwe 2017. Madziyire M.G⁽²⁷⁾. Creencias y prácticas sobre el uso de misoprostol para la inducción del trabajo de parto entre obstetras. El misoprostol se usa comúnmente para la estimulación al inicio del labor de parto en gestante a término. Existen diferentes rutas y horarios de dosificación para administrar el fármaco. Objetivos. Describir el patrón de prescripción (dosis, vía, duración), creencias y factores que afectan el uso

de misoprostol para inducir un embarazo a término entre los obstetras en ejercicio en Zimbabwe. Métodos. Se realizó una encuesta descriptiva transversal entre obstetras en ejercicio en Zimbabwe. Se envió un cuestionario como un correo electrónico, WhatsApp o un enlace web del servicio de mensajes cortos (SMS o texto) a todos los obstetras en ejercicio en Zimbabwe que utilizan la herramienta en línea SurveyMonkey. Se pidió a todos los médicos que dieron su consentimiento que respondieran en línea. Las respuestas se analizaron con el software SurveyMonkey. Resultados. Hubo 52 respuestas de los 63 cuestionarios, una tasa de respuesta del 82,5%. El setenta y seis por ciento prefirió el misoprostol oral para la estimulación del labor de parto. La indicación más frecuente para la inducción fue el embarazo prolongado que representa el 58% de los encuestados. El grupo más grande de médicos que respondió (36%) aprendió su régimen de dosificación de misoprostol de las pautas de OMS / FIGO / NICE. Una combinación de regímenes de dosis muy variables denominados "otros regímenes" fue el régimen de dosificación preferido por el 34% de los encuestados. El 58% de los médicos utilizó dos ciclos de dosificación de misoprostol antes de concluir que la inducción había fallado y el 52% recurriría a la cesárea inmediatamente si fallaba la inducción. Conclusión. Los resultados muestran una marcada heterogeneidad en los esquemas de dosificación empleados por los obstetras para la inducción del trabajo de parto y la mayoría no sigue las pautas estándar de misoprostol para la inducción del trabajo de parto.

Sudáfrica 2019. Boshomane J⁽²⁸⁾. "Factores asociados con la inducción exitosa del labor de parto con misoprostol oral en mujeres

gestantes postérmino”. La estimulación del labor de parto (LIO) se efectúa comúnmente en beneficio de la madre y el bebé, o de ambos, cuando se considera que la continuación del embarazo tiene el potencial de producir resultados adversos. Objetivos: Establecer los factores asociados con el éxito de la LIO con misoprostol oral en embarazos a término o postérmino entre mujeres que han tenido hijos. Métodos: Este fue un estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital Memorial Mahatma Gandhi (MGMH) en Durban, Sudáfrica. Se incluyeron un total de 205 mujeres embarazadas, ≥ 16 años con paridad ≥ 1 y edad gestacional ≥ 37 semanas. La LIO se realizó con misoprostol oral. Se evaluaron varios factores como posibles predictores y asociaciones para el éxito de la LIO. Resultados: La incidencia de LIO fue del 14,6% en MGMH. La mayoría de los pacientes tenían entre 26 y 30 años. La inducción tuvo éxito en el 50,7% de los casos. Las indicaciones comunes para la LIO fueron embarazo posterior a la fecha, trastornos hipertensivos del embarazo y rotura de membranas antes del parto. Las causas más comunes de inducción fallida que resultó en una cesárea (CS) fueron sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica y falta de respuesta al misoprostol. El IMC alto se asoció significativamente con el fracaso de la LIO ($31,9 \pm 6,8$ frente a $29,2 \pm 5,7$; $p = 0,002$). Las dosis de misoprostol se correlacionaron positivamente con el IMC ($r = 0,142$; $p = 0,04$). Cuanto mayor era el IMC, se requerían más dosis de misoprostol. Conclusión: el IMC influye en el éxito de la LIO y se correlaciona positivamente con las dosis de misoprostol administradas.

Nepal, 2020. Baburam T⁽²⁹⁾. “Uso secuencial del catéter de Foley y el misoprostol vaginal en comparación con el misoprostol vaginal

solamente". La estimulación del labor de parto se realiza con el objetivo que finalice en un parto eutócico. Existen distintos métodos; mecánicos como Foley intracervical o agentes farmacológicos como el misoprostol ordinoproston. Objetivo: Comparar el uso secuencial del catéter de Foley y el misoprostol vaginal en comparación con el misoprostol vaginal solamente. Métodos: Las pacientes con un período de gestación mayor o igual a 41 semanas sin complicaciones se asignaron al azar de acuerdo con la aleatorización generada por computadora para el uso secuencial de Foley intracervical seguido de misoprostol vaginal después de 24 horas (grupo secuencial) o solo misoprostol vaginal. El resultado primario fue la tasa de parto vaginal normal. Los resultados secundarios fueron la inducción al intervalo entre el parto y la morbilidad materna y fetal. Resultados: La tasa de parto vaginal normal en el grupo secuencial (n = 353) y en el grupo de misoprostol solo (n = 356) fue 71,6% y 53,3% (p <0,001) pero el tiempo hasta el parto desde la inducción es estadísticamente mayor en el grupo secuencial (30,3%) frente a 11,2 horas, p <0,001). Los resultados maternos como la hemorragia posparto, el síndrome de hiperestimulación, la corioamnitis y los resultados neonatales como la puntuación de Apgar baja, el bebé teñido de meconio y la muerte fetal son similares en ambos grupos. Conclusiones: El cebado del cuello uterino con un catéter de Foley intracervical antes de administrar misoprostol vaginal fue beneficioso para aumentar la tasa de parto vaginal normal, pero aumentó el intervalo entre la inducción y el parto.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En Trujillo en 2013. Castillo ⁽³⁰⁾ realizó un estudio analítico, tipo de investigación de casos y controles titulado "Componentes asociados a inducción fracasada con misoprostol en embarazos en curso de prolongación", cuyo objetivo fue demostrar los principales factores de riesgo asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos prolongados. Se aplicó a través de 143 historias clínicas con diagnósticos de embarazo prolongado que a las cuales se les inducir con misoprostol, se identificó la presencia de causas de riesgo (Edad \geq 35 años, IMC \geq 25, nuliparidad, antecedente de mujeres con embarazo prolongado, sexo masculino del recién nacidos y recién nacidos con peso \geq 4000g) en estas historias clínicas y se igualó los resultados de la estimulación ya sea exitosa o fracasada, construyendo ciertas medidas de agrupación estadística entre variables. Las respuestas identificadas son: el factor de riesgo en mujeres con edad \geq 35 años adquirió una OR = 2,15 (IC = 95%) paralelo con el fallo en la estimulación con dicho medicamento (misoprostol), el IMC \geq 25 alcanzó una OR = 3,01 (IC = 95%); nuliparidad una logro OR = 2,28 (IC = 95%); el historial de gravidez prolongado una OR = 1,26 (IC = 95%); el sexo masculino del RN obtuvo una OR = 1,3 (IC = 95%) y el peso del RN \geq 4000g adquirió una OR = 3,2 (IC = 95%). Conclusiones: Se manifestó que la nuliparidad y la edad \geq 35 años tienen una agrupación de magnitud ponderada con relación al fallo en la estimulación con misoprostol en mujeres con embarazos prolongados, IMC \geq 25, así como el peso del recién nacido \geq 4000g obtuvieron un fuerte grado de asociación, la historia de el embarazo prolongado previo, así

como el sexo masculino del recién nacido, no se relacionaron con el fracaso en la inducción.

En Lima 2013. Távara y Chávez ⁽³¹⁾ realizaron un estudio titulado “Regulación del uso obstétrico de misoprostol en los países de América Latina y el Caribe, el objetivo fue reemplazar la información con datos actualizados sobre medidas para el uso en el ámbito obstétrico de misoprostol en América Latina y el Caribe. Se construyó una dimensión de investigación semiestructurada, se envió a representantes claves en los países de América Latina y el Caribe. Los representantes indagaron distintos orígenes del ámbito público y privado de cada estado. Entre los resultados, se encontró que América Latina y el Caribe cuentan con permisos para el uso obstétrico de misoprostol, primordialmente hechas por el Ministerio de Salud. Este medicamento es oportuno principalmente para la inducción del trabajo de parto con un feto vivo o muerto; pero mayormente la mitad de los países lo manejan para la estricta prevención y manejo de las hemorragias después del parto, en el aborto incompleto y en la estimulación del aborto legal. Esta iniciativa se cumple estrictamente bien en cada estado, pero también es innegable que defienden control sobre su uso, ya que en 11 países de Latinoamérica se retiene el decreto, en dos la administración del misoprostol es solo de forma asociativa y en ocasiones solo uno, la prescripción es de forma discreta. Se concluye señalando que este es un fármaco utilizado en todos los países de América Latina y el Caribe, y su uso en obstetricia está regulado. Los profesionales lo han estado utilizando regularmente según lo establecido en la Norma.

En Trujillo en 2013. Cortez ⁽³²⁾ llevó a cabo una investigación analítica, observacional, retrospectiva, anidada de casos y controles, titulada "Factores maternos asociados a inducción fallida con misoprostol en embarazos de 41 semanas hospital belen de Trujillo 2010 - 2013", cuyo prioridad fue determinar los factores maternos asociados a la inducción fallida con misoprostol en gestantes con embarazo de 41 semanas en el Hospital Belén de Trujillo. Con una población de estudio, estuvo constituida por 126 embarazos de 41 semanas según criterios de inclusión y exclusión dada ,agrupadas en dos : con y sin inducción fallida, los resultados demostrados son , los estudios estadístico detallado de las variables en la investigación como factores de riesgo fue : Avanzada edad (OR: 4,62; p <0,05), nuliparidad (OR: 2,97; p <0,05), antecedente de embarazo prolongado obstétrico (OR: 4,7; p <0,05), IMC ALTA (obesidad) (OR: 3,43; p <0,05). Conclusiones: Elevada edad materna , la nuliparidad, el antecedente de embarazo prolongado obstétrico y la obesidad son: los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en gestaciones de 41 semanas en el Hospital Belén de Trujillo.

2.1.3 Antecedentes Locales:

No se encuentran estudios relacionados a la investigación en el medio local.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definiciones Embarazo prolongado

El embarazo prolongado esta definido como la estancia del producto dentro del útero mas de 42 ss equivalente a 294 días de no presentar la menstruación , desde presenciar el primer sangrado de la última menstruación. ⁽³³⁾⁽³⁴⁾

Muchos estudios demostraron que el embrazo prolongado aumenta y pone en peligro al feto , la muerte intrauterina, aspiración de meconio y de convulsion neonatal, etc. ⁽³⁵⁾

2.2.2 Estimación de la edad gestacional

Está demostrado que la falla en medir la edad gestacional es la causa mas común de un embarazo prolongado. Para poder disminuir los diagnósticos inexistentes de embarazos prolongados, se necesita una evaluación precisa del tiempo de gestación . Al comprobar la gestación temprana, la fecha posible de parto es más confiada y precisa siempre en cuando que las mujeres sean regulares durante cada ciclo menstrual , el último período menstrual, no tengan historiales o condiciones de métodos anticonceptivos orales desde los últimos 3 meses o estén amamantando . ⁽³⁶⁾

Así, la data de la última periodo de sangrado da una certeza aproximada al rango de tiempo que el cigoto puede estar dentro del utero.

2.2.3 Factores que predisponen el trabajo de parto

El requisito para un buen labor de parto ,se necesita del cuello uterino maduro y de un buen dinamismo. Aún se desconoce el origen del inicio de la dinámica uterina durante el labor de parto. De las teorías expuestas resaltan las siguientes:

- Teoría mecánica, referida a la distensión excesiva del útero.
- Teoría inmunológica, es la reacción de pasividad disminuida terminante del embarazo.
- Teorías hormonales, que contienen dos ideas certeras , una de ellas es la descendencia de la relación progesterona-estrógeno y, la otra, la secreción de oxitocina, vasopresina y cortisol fetal.
- Teoría placentaria, contendría: placenta insuficiente , alteraciones vasculares y metabólicas de orígenes provocadas en una exudación de hormonas (prostaglandinas).

Anómalos locales,estas son : cuello y cuerpo uterino maduro y la adaptación del feto hacia la pelvis materna .⁽³⁷⁾

2.2.4 Factores de riesgo

Al finalizar un embarazo , el origen de esta se desconoce sin embargo existen factores tales como :

- Embarazo prolongado en un embarazo anterior

Es necesario tener en cuenta que un historial de este factor, acrecienta el riesgo de dar a luz a las 41 ss de embarazo. Un historial

prolongado de embarazo puede aumentar la probabilidad de recurrencia en un 50%.⁽³⁸⁾

- Historia obstétrica

Una investigación sobre embarazos prolongados no identificó incompatibilidades estadísticamente con mujeres nulíparas y multíparas. Otros estudios relacionaron la nuliparidad con la prolongación de un embarazo. Se ha obtenido que una historia de hipotiroidismo en la gestante o la que presenta preeclampsia está relacionada a llevar un embarazo prolongado.⁽³⁹⁾

-Sexo masculino

La certeza relacionada a los orígenes del proceso implicado en el inicio del labor de parto es concerniente por la carencia recesiva de enzimas tales como la sulfatasa esteroide de la placenta asociada al cromosoma X, que daña a 1 de cada 2000-6000 fetos de sexo masculino.⁽⁴⁰⁾

La escasez de enzimas cromosómicas conduce a la disminución extraña de la fabricación de hormonas (estrógenos) en el producto masculino dañado, con la consiguiente aplazamiento del embarazo. Con la aparición de enfermedades asociadas al cromosoma X como dicha enfermedad anunciada puede implicar una tasa mayor en fetos de sexo masculino que nacen posteriormente del término.

- Obesidad

Últimamente, ciertas investigaciones encontraron un mayor conflicto de embarazo prolongado asociadas con el IMC normal de 20-24,9 kg / m², mujeres que presentan obesidad .Otro nuevo estudio acertó un leve aumento que pone en riesgo el embarazo por el peso materno.Generalmente , el 30% de las mujeres que presentan problemas con la obesidad tienden a finalizar con embarazos prolongados. El proceso mecanico es dudoso: Se sabe que el tejido adiposo continen gran cantidad de hormonas las cuales se encuentran activas , el proceso metabólico se encuentran activamente elevada y por ello hay actividad contráctil disminuida . Si dicho este factor de riesgo se corrige preconcepcionalmente, disminuiría la tasa de presentar un embarazo prolongado tardías de la gestación. ⁽⁴¹⁾

- Carrera

Se manifestó un riesgo bajo en mujeresde piel negra , latinas y asiáticas. Se observo en los de piel blanca . ⁽⁴²⁾

- Defectos del tubo neural

Se observa como factor de riesgo el déficit o ausencia del sistema hipofisario hipotalámico. Además de la hidrocefalia, la trisomía, la hipoplasia congénita de las glándulas suprarrenales y la anencefalia ,se describen como precedentes de embarazos prolongados. ⁽⁴³⁾

-Edad materna

Los gestantes mayores de 40 años están predispuestos a desarrollar embarazos prolongados. ⁽⁴⁴⁾

2.2.5 El Misoprostol

El misoprostol es un análogo de prostaglandina E1 ampliamente utilizado para la inducción del trabajo de parto en el embarazo a término debido a su bajo costo y eficacia en comparación con la mayoría de los métodos de inducción. Se estimó que la inducción del trabajo de parto representó el 9,6% de los nacimientos durante la encuesta mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud perinatal y materna. ⁽⁴⁵⁾

Se han empleado diferentes vías de administración de misoprostol para la inducción del trabajo de parto, prefiriéndose la vía oral debido a la facilidad de administración y la vida media corta. Se notificó una tasa reducida de cesáreas con la dosis de misoprostol oral de 20 - 25 µg cada 2 horas en comparación con la dinoprostona vaginal. También se demostró que el misoprostol oral 50 µg cada 4 horas en hasta 5 dosis es tan seguro y tan efectivo como 25 µg cada 4 horas cuando se administra por vía vaginal en 5 dosis. Se han sugerido varios regímenes de inducción de misoprostol y, en consecuencia, los médicos han desarrollado diversos patrones de prescripción. Varios organismos profesionales han elaborado regímenes de dosificación recomendados. ⁽⁴⁶⁾

Las directrices de la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) recomiendan 20 a 25 µg de misoprostol oral cada 2 horas y 25 µg administrados por vía vaginal cada 6 horas. El régimen de titulación oral se ha convertido en el régimen preferido, ya que es menos probable que cause hiperestimulación uterina. Las directrices guardan silencio sobre cuestiones como el número máximo de dosis, la presentación de nalgas (si se rechaza la cesárea) o la inducción en embarazos múltiples. ⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾

2.3 Definición de conceptos básicos

Factores: los factores actúan como una causa e influyen en algo, que se convierte en el efecto. Esta relación de causa y efecto no es de naturaleza lógica o matemática, pero los factores tienen un nivel de influencia sobre un hecho, pero su determinación no es absoluta. ⁽⁴⁹⁾

Inducción: Motivación para dar inicio a la dinámica uterina antes de dar inicio el labor de parto con la finalidad de llegar al objetivo que es la expulsión del feto y la placenta. ⁽⁵⁰⁾

Inducción fallida: es la falta de actividad contráctil para obtener un cuello dilatado de 4 cm y un borramiento del 90% o una dilatación de 5 cm independientemente del borramiento, posteriormente de 18 horas de aplicar la oxitocina y obtener membranas rotas (5 contracciones en 10 minutos con presencia de optima DU). Se dice fallo de inducción si no se ha alcanzado el objetivo de llegar a

la fase activa, después de 36 horas con 9 dosis con misoprostol. La inducción emprende con un cuello desfavorable, este momento abarca un tiempo mas largo .⁽⁵⁰⁾

Misoprostol: (Cytotec) se usa para interrumpir embarazos no deseados tempranos.⁽⁵¹⁾

El misoprostol se utiliza en los llamados abortos "médicos" o farmacológicos que se diferencian de los quirúrgicos, los que involucran dilatación y evacuación uterina y que a su vez se dividen en abortos miccionales manuales (MAV) o micción eléctrica (EVA). El uso de uno u otro método depende de muchos factores, entre ellos el número de semanas de gestación y la edad de la embarazada, pero sobre todo depende de lo que el médico crea más adecuado.^{(51) (52)}

Embarazo prolongado: El embarazo prolongado se define como aquel que ha alcanzado las 42 semanas de gestación o 294 días desde la fecha del último período menstrual (FUR). Los embarazos que duran entre 41 + 1 y 42 + 0 semanas se denominan embarazos prolongados.⁽⁵³⁾

Índice de masa corporal (IMC): Es un número que se calcula en función del peso y la altura de la persona. Para la mayoría de las personas, el IMC es un indicador lipídico y se usa para poder identificar categorías de peso que pueden provocar problemas de salud.⁽⁵⁴⁾

Nuliparidad: la mujer nulípara está compuesta por Nuli de la palabra nulo o nada y deja de parir, dar a luz, etc. es decir, significa mujer que nunca ha parido. En las mujeres nulíparas, el violonchelo uterino tiene

forma de barril porque su forma cambia durante el embarazo y la menopausia. ⁽⁵⁶⁾

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

H₁: Los factores (edad \geq 35 años, IMC \geq 30, Nuliparidad, antecedente en vías de prolongación, sexo masculino del recién nacido, peso del recién nacido \geq 4000g) son factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

H₀: Los factores (edad \geq 35 años, IMC \geq 25, Nuliparidad, antecedente en vías de prolongación, sexo masculino del recién nacido, peso del recién nacido \geq 4000g) no son factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

2.5 Variables

2.5.1 Variable Dependiente

Inducción fallida con misoprostol

2.5.2 Variable independiente.

Factores asociados (Edad \geq 35 años, IMC \geq 25, nuliparidad, antecedente materno en vías de prolongación previo, sexo del feto masculino, peso del recién nacido \geq 4000g).

2.6 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
V .DEPENDIENTE				
Inducción con misoprostol	Unica	Fallida Exitosa	Cualitativa	Nominal
V .INDEPENDIENTE				
Factores asociados:	Edad avanzada	Registro de edad ≥ 35 años en hoja de admisión	Cuantitativa	De razón
	IMC ≥ 25	Registro de IMC ≥ 25 kg/m ² en Historia clínica	Cuantitativa	Nominal
	Nuliparidad	Registro de N° de hijos en Historia clínica	Cuantitativa	Nominal
	Antecedente obstetricos de embarazo en vías de prolongación previo	Registro en Historia clínica	Cualitativa	Nominal
	Sexo del feto masculino	Registro en Historia clínica	Cualitativa	Nominal
	Peso del recién nacido ≥ 4000 g).	Registro en Historia clínica	Cuantitativa	Nominal

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo **cuantitativo**, ya que se cuantifica los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

De diseño no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Descriptivo: Porque describe factores asociados a la inducción fallida de misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Transversal: Porque se recogerá la información en un solo momento o período en que ocurre el estudio.

Retrospectivo: Porque se considerará información de hechos acontecidos en un periodo de tiempo pasado.

3.1.1 Enfoque

La investigación es de enfoque cuantitativo, porque mide variables en un contexto determinado y establece conclusiones de la realidad objetiva, que será llevado al análisis inferencial.

3.1.2 Alcance o nivel

La presente investigación será de nivel descriptivo simple porque se revelara información sobre las complicaciones maternas durante el trabajo

de parto y puerperio en gestantes con anemia través de un análisis univariado.

3.1.3 Diseño del estudio

El diseño utilizado en el presente estudio de investigación será el diseño descriptivo simple, como se presenta en el siguiente esquema:

Diagrama:



Donde:

M: Historia clínica de gestantes

O: Es la información de interés que recogemos de la población

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Estará atendida por 86 historias clínicas con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación en mujeres hospitalizadas durante el tiempo de enero-diciembre 2016 en el departamento de Ginecología - Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano .

3.2.2 Características generales de la población:

a) Criterios de inclusión:

- Historias clínicas con diagnóstico válido de embarazo en vías de prolongación en gestantes que aun no entraban en su momento de labor de parto, al ingresar indicaron inducción farmacológica.
- Historia Clínica de Gestantes entre 20 y 45 años de edad

- Historia Clínica de Gestantes con adecuada atención prenatal.
- Historias clínicas con datos completos
- Historias que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

b) Criterios de exclusión:

- Historias clínicas con embarazo en vías de prolongación identificando que el Capurro del neonato identifica una edad gestacional a 41 semanas o >42 semanas
- Historias clínicas de embarazos que no hayan sido inducidas con misoprostol
- Historias clínicas de Gestantes menores de 20 años y mayores de 45 años.
- Historias clínicas incompletas.

3.2.3 Selección de la muestra

Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo conformada por cada historia clínica de usuarias con diagnóstico de factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.

3.2.4 Muestra:

Para la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

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

Donde:

- Z² = Nivel de confianza del 95 % (1.96).
- P = proporción estimada, asumiendo p = 0,5.
- Q = 1 – P.
- e = Precisión o magnitud del error de 5 %.
- N = Población (N° 86)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (86)}{(0.05)^2 (85) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 71 \text{ Historias clínicas}$$

Por tanto, la muestra estuvo conformada por 71 historias clínicas de usuarias que acuden al consultorio Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco año 2016.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnica de recolección de datos

El método utilizado fue la documentación, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información.

3.3.2 Instrumentos de recolección de datos

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes:

Ficha de recolección de datos (**Anexo 1**) que sirvió para recoger información de las historias clínicas, la ficha posee un total de 14 preguntas agrupadas de acuerdo a los objetivos planteados.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

3.4.1 Recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó las siguientes acciones:

- Se presentó un oficio a la dirección del Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano para solicitar el permiso para la aplicación del instrumento.
- Se hizo las coordinaciones necesarias en el servicio de estadística e informática para obtener una lista nominal de las historias dando como resultado diagnósticos en CIE.10 fue O48.X donde menciona que el embarazo prolongado ,donde califica que todo embarazo que sobrepase las 41 semanas son sometidos a inducción farmacológica con misoprostol en el año 2016.
- Se a la revisión revisión integra de dichas historias clínicas sucintas-epicrisis de cada gestante para confirmar el tiempo de gestación con la cual fue hospitalizada, con el único objetivo de excluir a los embarazos con tiempo de gestación menor a 41 semanas o mayor a 42 semanas

Elaboración de los datos: Para la elaboración de datos de la presente investigación se consideró las dichas etapas:

- Revisión de los datos.

Se exploró en forma estricta cada instrumento de recolección de datos que manejarán; asimismo, se ejecutará una inspección de calidad con el objetivo de realizar las correcciones necesarias.

- Codificación de los datos

Se hizo el ordenamiento en la etapa de recaudación de datos, convirtiendo en códigos numéricos juntamente con la información

observada en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

- **Clasificación de los datos**

Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

- **Presentación de datos**

Para cada presentación se tuvo presente las normas Vancouver, una didáctica y factible explicación. Se mostro datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.5 Técnicas para el análisis de la información

Estadística descriptiva

Se utilizo tablas de frecuencia, medidas de tendecia central y de dispersión, asi mismo estadistucos de asocacion que serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 25.0.

Consideraciones éticas

Las normas éticas en que se basara la investigación serán:

- Justicia
- Beneficencia
- Equidad
- Juicio de Valor

CAPITULO V

4 RESULTADOS

4.1 Presentacion de resultados

4.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Tabla N° 1

EDAD MATERNA AVANZADA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Edad Materna	Frecuencia	Porcentaje
<20	1	1,4
20 a 25	9	12,7
26 a 30	9	12,7
31 a 35	23	32,4
>35	29	40,8
Total	71	100,0

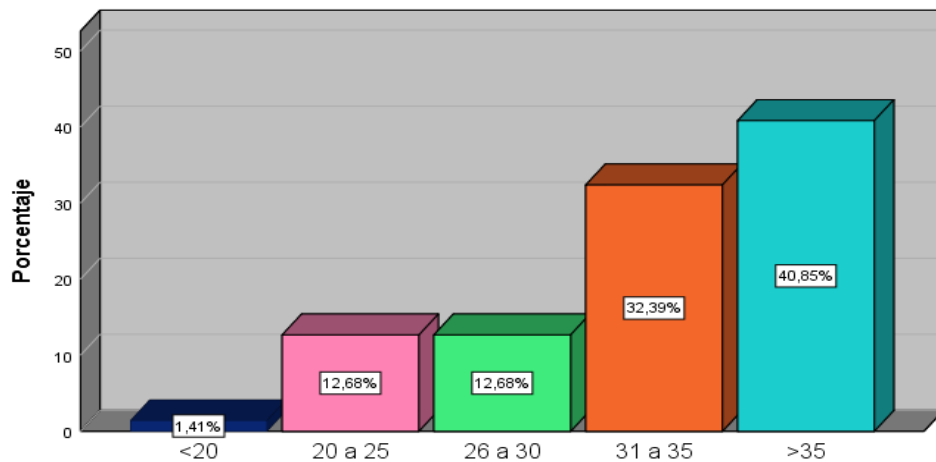


Gráfico N° 1 EDAD MATERNA AVANZADA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACION: Distribución de la edad en años.

Respecto a la edad de las mujeres se evidencia que, el 40,8 % (29) se encuentran en edades mayores de 35 años, el 32,4 % (23) corresponde a las edades de 31 a 35 años, el 12,7 % (9) corresponde a las edades de 26 a 30 años, el 12,7 % (9) corresponden a las edades d 20 a 25 años, y el 1,4% (1) son de edades menores que 20.

Tabla N° 2

PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS QUE ACUDIERON POR FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	42	59,2
Urbano	29	40,8
Total	71	100,0

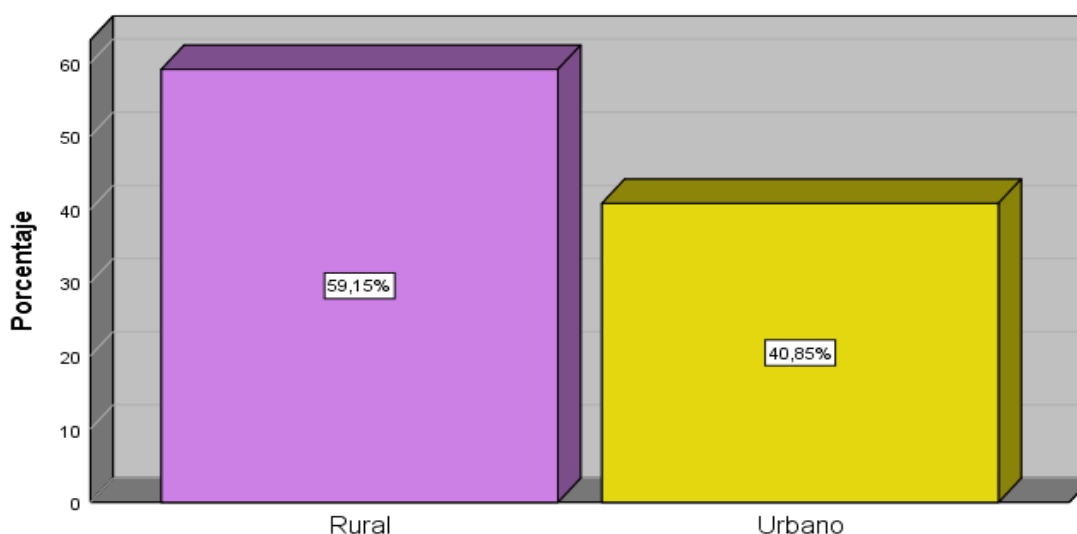


Gráfico N° 2 PROCEDENCIA DE LAS USUARIAS QUE ACUDIERON POR FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACION: Distribución del lugar de procedencia.

Respecto al lugar de procedencia de las mujeres se evidencia que, el 59,2 % (42) se encuentran en zonas rurales y el 40,8% (29) son de zonas urbanas.

Tabla N° 3
PESO PREGESTACIONAL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Peso pre-gestacional(en kgr)	Frecuencia	Porcentaje
40kg	3	4,2
43kg	4	5,6
45kg	7	9,9
47kg	4	5,6
48kg	3	4,2
53kg	3	4,2
55kg	8	11,3
57kg	10	14,1
58kg	7	9,9
59kg	7	9,9
60kg	9	12,7
62kg	3	4,2
65kg	3	4,2
Total	71	100,0

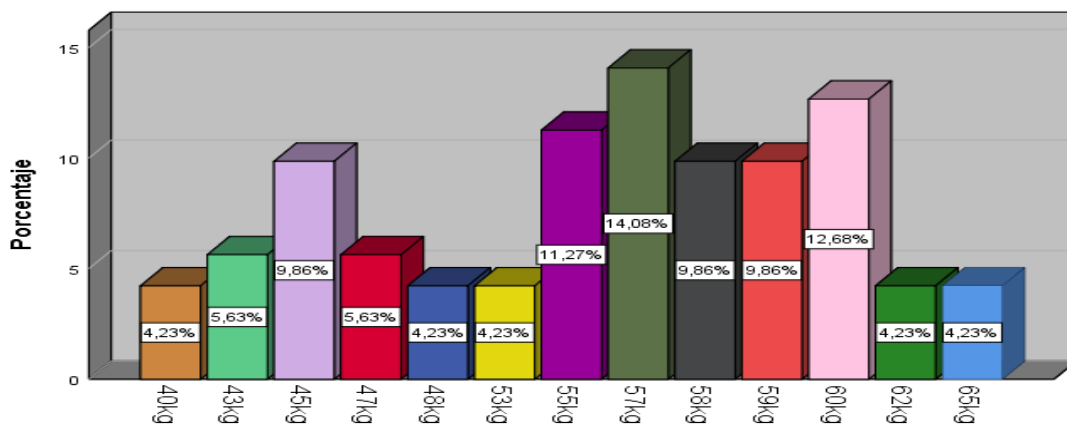


Gráfico N° 3 GRAFICO N° 3: PESO PREGESTACIONAL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACION: Respecto al peso pre gestacional de las usuarias se evidencian que el 14,1 % (10) se encuentran con 57kg, el 12,7 % (9) corresponde al peso de 60kg, el 11,73% (8) corresponde al peso 55kg, el 9,9 % (7) corresponden entre los pesos de 45kg, 58kg, 59kg, el 5,6% (4) corresponden entre los pesos de 43kg, 47kg y el 4,2% (3) corresponden entre los pesos de 40kg, 48kg, 53kg, 62kg y 65kg.

Tabla N° 4

ALLA MATERNA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.

Talla materna	Frecuencia	Porcentaje
1.48cm	3	4,2
1.50cm	4	5,6
1.52cm	7	9,9
1.59cm	4	5,6
1.54cm	3	4,2
1.57cm	3	4,2
1.53cm	8	11,3
1.43cm	10	14,1
1.49cm	14	19,7
1.53cm	6	8,5
1.57cm	3	4,2
1.60cm	3	4,2
1.56cm	3	4,2
Total	71	100,0

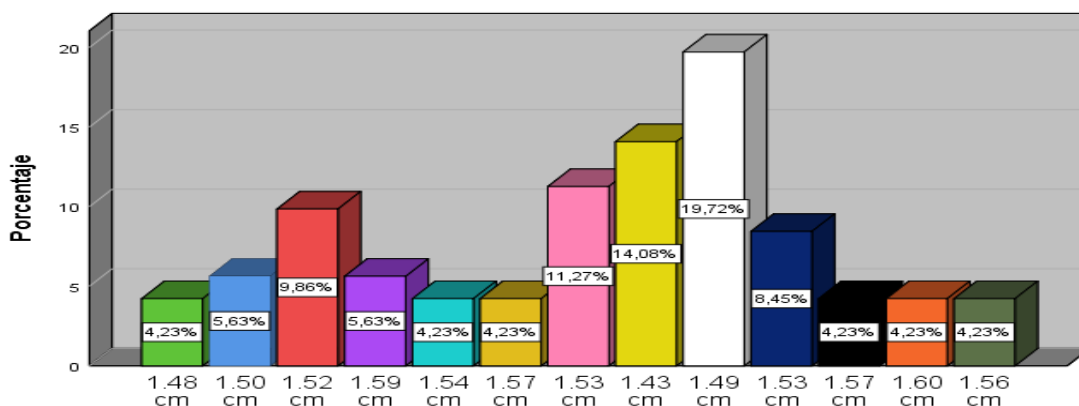


Gráfico N° 4 TALLA MATERNA COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.

INTERPRETACION: Respecto a la talla de las usuarias se evidencian que el 19,7% (14) corresponden a la talla 1.49cm, el 14,1% (10) se encuentran a la talla 1.43cm, el 11,3 % (8) corresponde a la talla de 1.53cm, el 9,9% (7) corresponde a la tala 1.52cm, el 8,5 % (6) corresponden a la talla 1.53cm, el 5,6% (4) corresponden a las tallas de 1.50cm y 1.59cm, y el 4,2% (3) corresponden a las tallas de 1.48cm, 1.54cm, 1.57cm, 1.60cm y 1.56cm.

Tabla N° 5
PESO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON
MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Índice de masa corporal pre-gestacional (en Kg/m ²)	Frecuencia	Porcentaje
<18.5kg/m ²	8	11,3
18.5 a 24.5kg/m ²	32	45,1
>25kg/m ²	31	43,7
Total	71	100,0

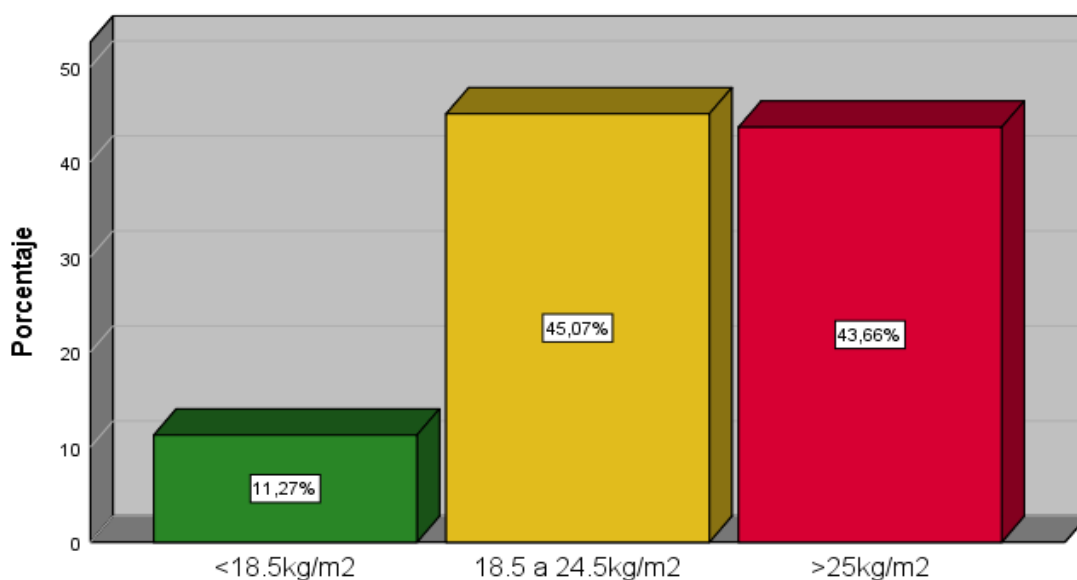


Gráfico N° 5 GRAFICO N° 5 PESO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACION: Distribución del IMC pre-gestacional materna como factor asociado a inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.

Respecto al IMC pre-gestacional de las usuarias se evidencian que el 45,1% (32) corresponden al peso entre 18.5kg/m² a 24.5kg/m², el 43,7% (31) corresponden al peso mayores a 25kg/m² y el 11,3% (8) corresponden al peso menores a 18.5kg/m².

Tabla N° 6

NUMERO DE PARTOS COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Número de partos vaginales previos	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	26	36,6
Primípara	25	35,2
Multípara	20	28,2
Total	71	100,0

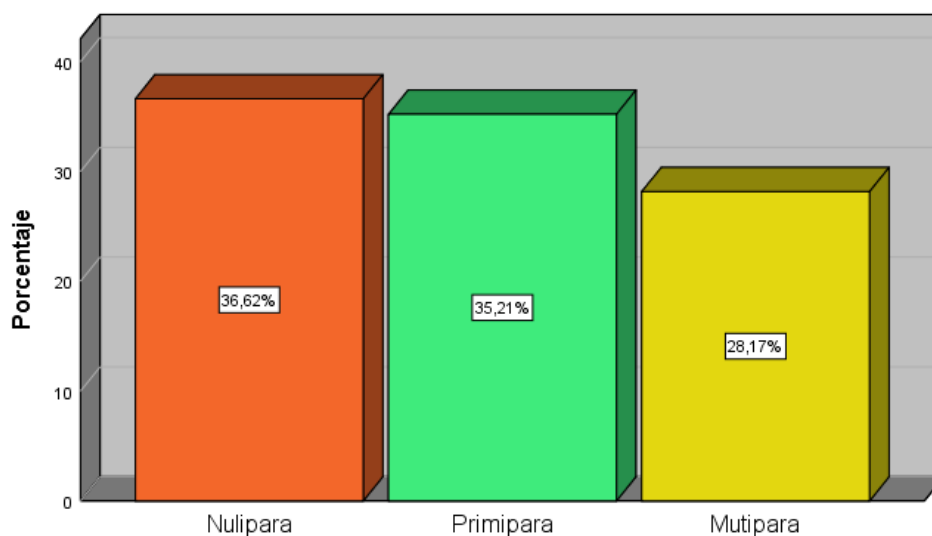


Gráfico N° 6 GRAFICONUMERO DE PARTOS COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACIÓN: Distribución de números de partos vaginales.

Respecto al número de partos vaginales de las usuarias se evidencian que el 36,6% (26) corresponden a las nulíparas, el 35,2% (25) corresponden a las primíparas y el 28,2% (20) corresponden a las multíparas.

Tabla N° 7
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE EMBARAZO PROLONGADO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.

Antecedentes obstétricos de embarazo prolongado	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	52,1
No	34	47,9
Total	71	100,0

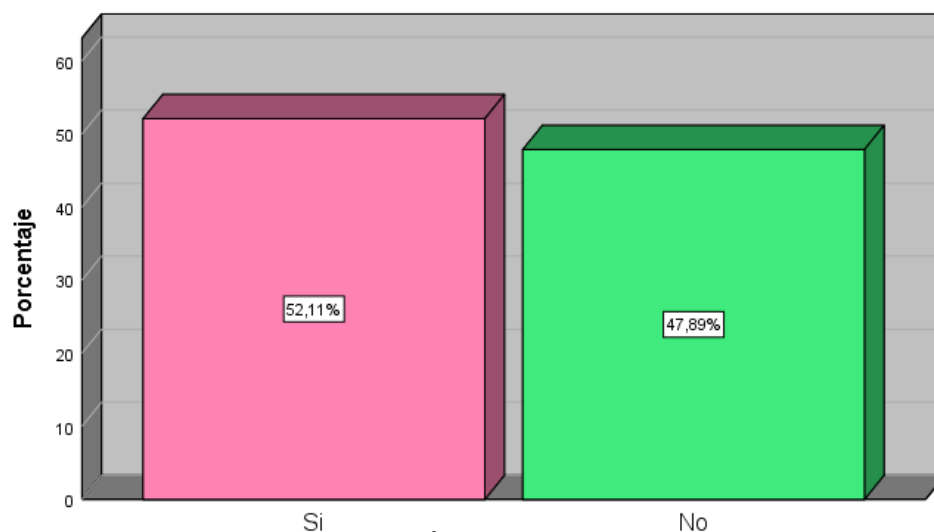


Gráfico N° 7 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE EMBARAZO PROLONGADO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACION: Distribución de antecedentes obstétricos de embarazo en vías prolongado como factor asociado a la inducción fallida con misoprostol.

Respecto a los antecedentes obstétricos de embarazo en vías de prolongación de las usuarias se evidencian que el 52,11% (37) se observó que SI tuvieron antecedentes obstétricos, el 47,89% (34) corresponden a las usuarias que NO tuvieron antecedentes obstétricos para la inducción fallida en embarazos en vías de prolongación.

Tabla N° 8
SEXO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Sexo del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	50,7
Femenino	35	49,3
Total	71	100,0

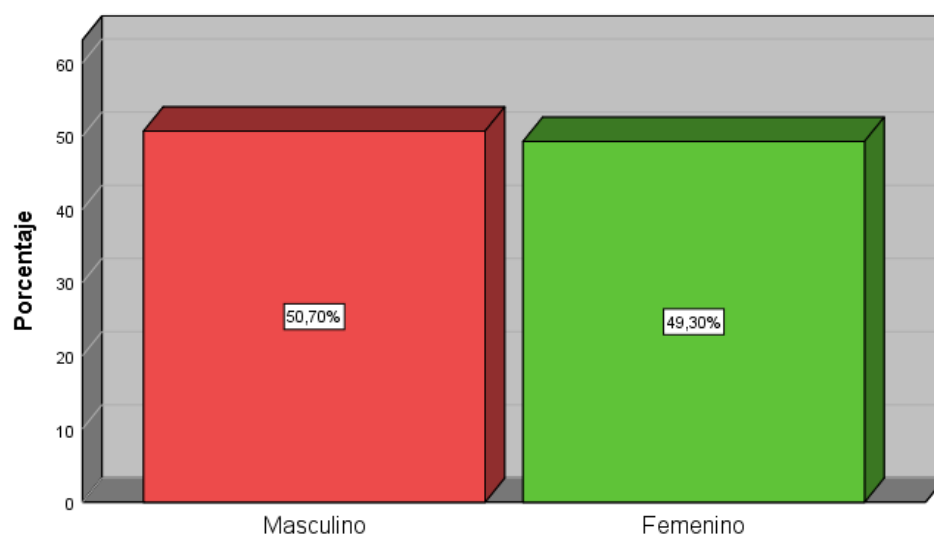


Gráfico N° 8 SEXO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACIÓN: Distribución de sexo del recién nacido.

Respecto al sexo de los recién nacidos se evidencian que el 50,7% (36) corresponden a al sexo masculino, el 49,3% (35) corresponden al sexo femenino.

Tabla N° 9
PESO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.

Peso del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
<2500gr	13	18,3
2500 a 4000gr	51	71,8
>4000gr	7	9,9
Total	71	100,0

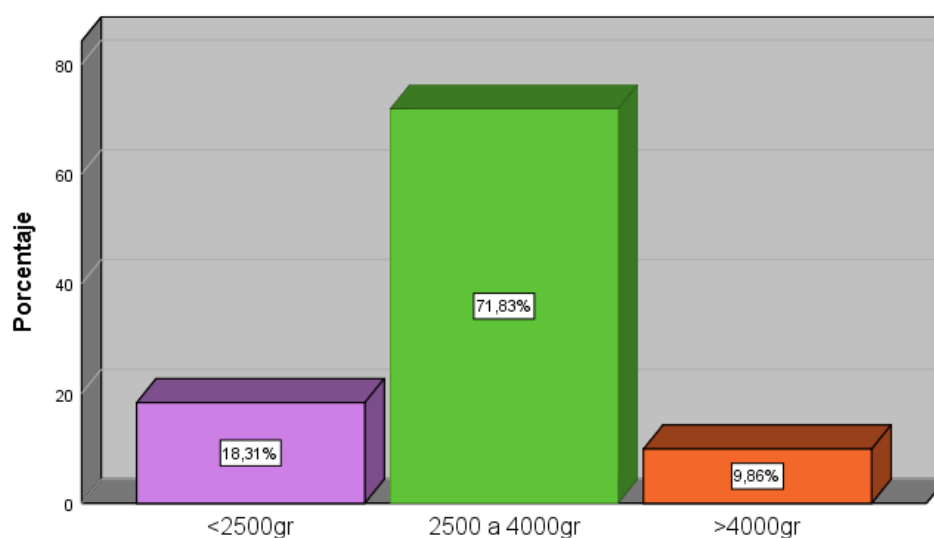


Gráfico N° 9 PESO DEL RECIÉN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.

INTERPRETACION: Distribución del peso del recién nacido como factor asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazadas en vía de prolongación.

Respecto al peso del recién nacido se evidencian que el 71,8% (51) tienen de 2500 a 4000gr, el 18,3% (13) tienen <2500gr y el 9,9% (7) tienen >4000gr.

Tabla N° 10

PUNTAJE DE BISHOP PRE-INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.

Puntaje de Bishop pre-inducción	Frecuencia	Porcentaje
Bishop >5: Si	44	62,0
Bishop <5: No	27	38,0
Total	71	100,0

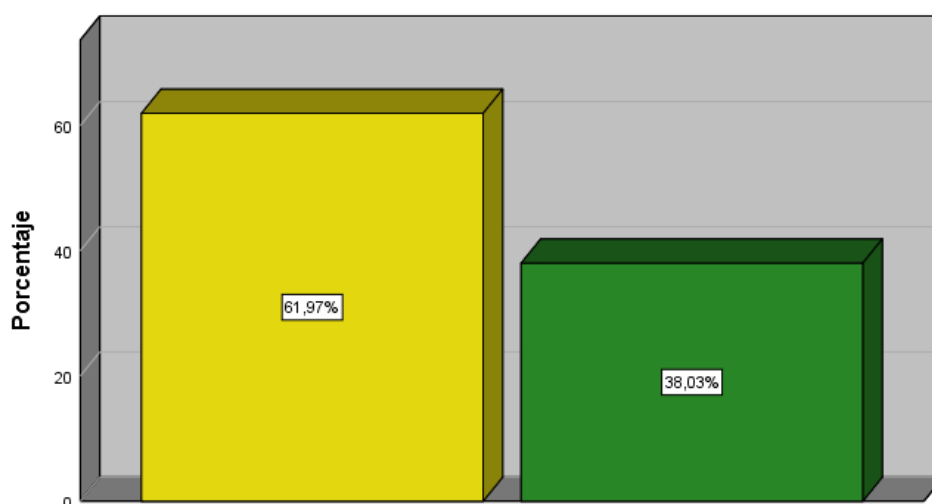


Gráfico N° 10 PUNTAJE DE BISHOP PRE-INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION.

INTERPRETACION: Distribución del puntaje de Bishop pre-inducción como factor asociado a inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.

Respecto al puntaje de Bishop pre-inducción se evidencian que el 62,0% (41) corresponden a Bishop >5: SI y el 38,0% (27) corresponden Bishop <5: NO.

Tabla N° 11
INDICACION DE INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION.

Indicación de inducción	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	49,3
No	36	50,7
Total	71	100,0

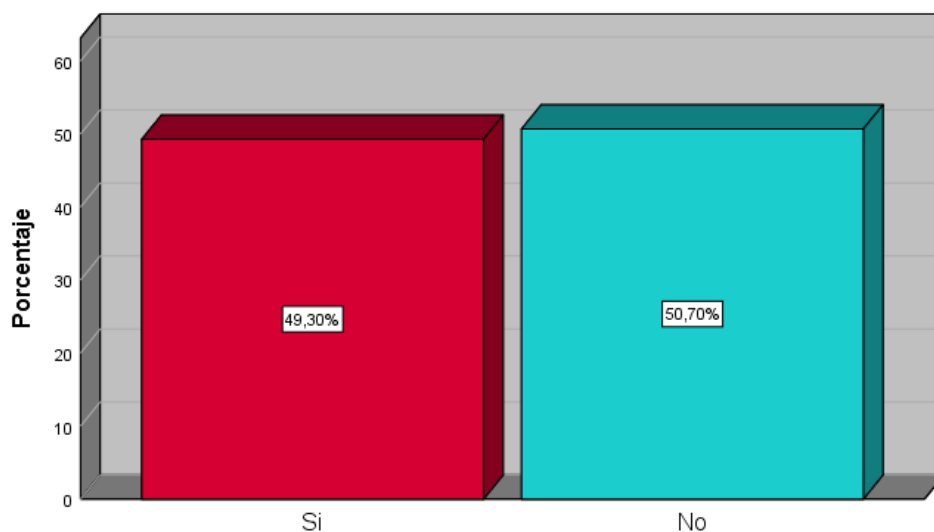


Gráfico N° 11 INDICACION DE INDUCCION COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCION FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION.

INTERPRETACION: Distribución indicación de inducción fallidas en las usuarias en embarazos en vías de prolongación.

Respecto a la indicación de inducción el 50,7% (36) no es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol y el 49,3% (35) si es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.

Tabla N° 12

VIA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.

Vía de terminación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal: Sin inducción	18	25,4
Vaginal: Con inducción	7	9,9
Cesárea: Sin inducción	12	16,9
Cesárea: Con inducción	34	47,9
Total	71	100,0

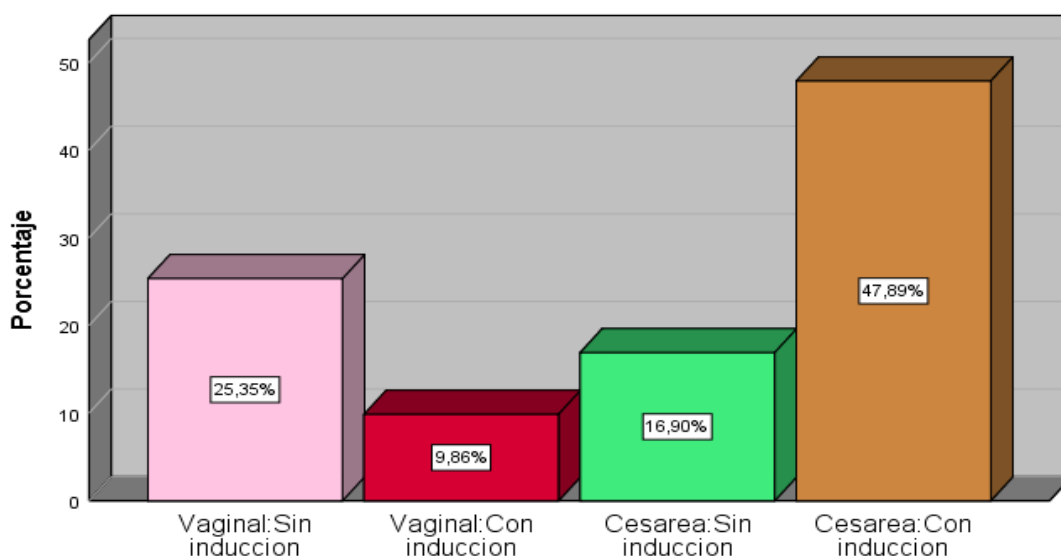


Gráfico N° 12 VIA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.

INTERPRETACIÓN: Distribución de vía terminación del embarazo en usuarias en embarazos en vías de prolongación.

Respecto a las vías de terminación del embarazo en vías de prolongación se evidenciaron el 47,9% (34) corresponden por vía cesárea: con inducción, el 25,3 (18) corresponde por vía vagina: sin inducción, el 16,9% (12) corresponde por cesárea: sin inducción y el 9,9% (7) corresponde por vía vaginal: con inducción.

Tabla N° 13

NUMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

Numero de dosis de misoprostol	Frecuencia	Porcentaje
Una dosis	47	66,2
Dos dosis	24	33,8
Total	71	100,0

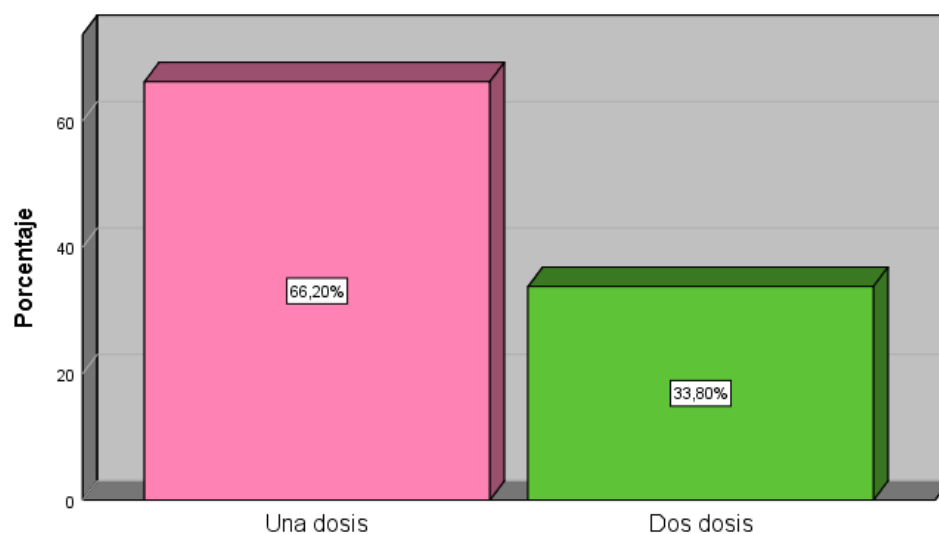


Gráfico N° 13 NUMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACION: INTERPRETACIÓN: Distribución de número de dosis de misoprostol como factor asociado a inducción fallida en usuarias en usuarias en embarazos en vías de prolongación en el hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Respecto al número de dosis de misoprostol como factor asociado a inducción fallida con misoprostol se evidenciaron que el 66,2% (47) corresponden con una dosis fallida y el 33,8 (24) corresponde con dos dosis fallida a la inducción en usuarias en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

Tabla N° 14

**EDAD GESTACIONAL COMPROBADA POR CAPURRRO: EG 41- 42ss
COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL
EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN.**

Edad gestacional comprobada por Capurro: EG 41-42ss	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	66,2
No	24	33,8
Total	71	100,0

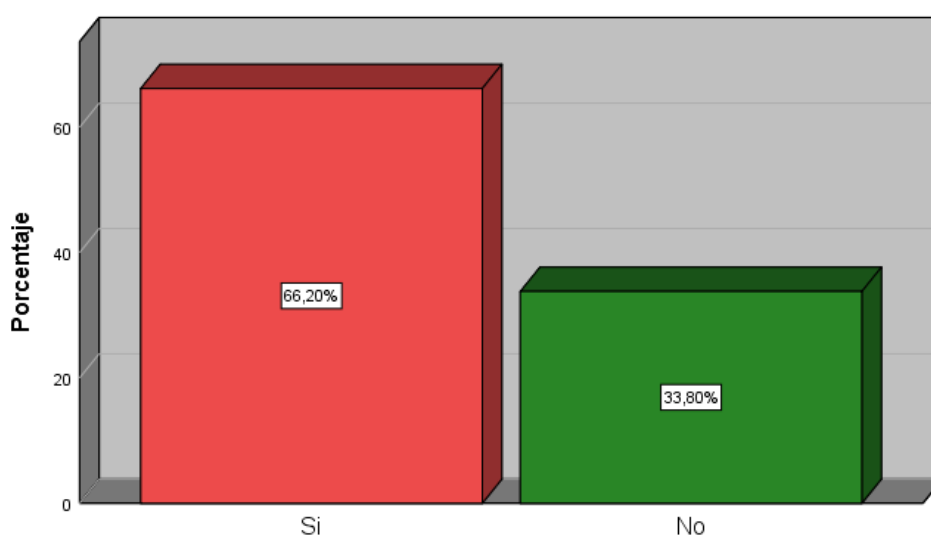


Gráfico N° 14 EDAD GESTACIONAL COMPROBADA POR CAPURRRO: EG 41- 42ss COMO FACTOR ASOCIADO A INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTOL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN

INTERPRETACIÓN: Distribución de edad gestacional comprobada por Capurro: EG 41 a 42ss como factor asociado a inducción fallida en usuarias en usuarias en embarazos en vías de prolongación.

Respecto a la edad gestacional comprobada por Capurro: EG 41 a 42ss se evidenciaron que el 66,2% (47) corresponden que si se asocian como factor de riesgo y el 33,8 (24) corresponde que no se asocian como factor de riesgo a la inducción fallida en usuarias en embarazos en vías de prolongación en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.

CAPITULO V

5 DISCUSIONES DE RESULTADO

5.1 Contratación de los resultados

La presente investigación fue realizada en el Hospital Regional Hermilo Valdizan Medrano, donde se trabajó con 86 historias clínicas de usuarias con embarazo en vías de prolongación.

Entre los resultados en la presente investigación, con respecto al primer objetivo específico: La edad de la madre >35 años es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, nos muestra que la edad de mayor predominio fue >35 años con un 40,8%, lo que coincide con Castillo ²⁷ que realizó una investigación sobre “Factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación”, en donde se encontró las mismas usuarias >35 años OR=2.15 con lo que coinciden los resultados los resultados de la investigación. De igual manera Cortez ³² observó en su trabajo de investigación con mayor incidencia usuarias de edad avanzada con OR=4.46 con lo que coinciden los resultados de la investigación. Al contrario Montes de Oca ²⁵ difiere con lo mostrado en la presente investigación ya que se evidencio edad de las usuarias de 22 años.

Para el segundo objetivo se encontró factor del Índice de masa corporal asociado a la inducción fallida del misoprotol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, evidenciando que el 45,1% (32) corresponden al peso entre

18.5kg/m² a 24.5kg/m². Al contrario Castillo ²⁷ difiere en su estudio de investigación sobre “Factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación” ya que evidenció que las usuarias tenían índice de masa corporal >25kg/m² OR=3.0. De igual manera Cortez ²⁹ difiere en su trabajo de investigación ya que encontró con mayor incidencia a las usuarias con obesidad OR=3.43.

Respecto al tercer objetivo se encontró factor nuliparidad asociado a la inducción fallida del misoprotol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, mi resultado muestra que el 36,6% (26) corresponden a las nulíparas, con lo que coincide con Castillo ³⁰ que realizo una investigación sobre “Factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación” en donde encontró que las usuarias fueron nulíparas OR=2.28, lo que coincide con los resultados de la investigación. Asi mismo Cortez ²⁹ observó en su trabajo de investigación con mayor incidencia a las usuarias nulíparas OR=2.97, lo que coincide con los resultados de la investigación.

Respecto al cuarto objetivo se encontró factor de antecedentes obstetricos asociado a la inducción fallida del misoprotol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, mi resultado muestra que el 52,11% (37) se observó que SI tuvieron antecedentes obstétricos, con lo que coincide con Cortez ³² que realizo una investigación sobre “Factores maternos asociados a la induccion fallida con misoprostol en embarazos de 41 semanas hospital belen de Trujillo 2010 – 2013” en donde encontró que las usuarias si tuvieron

antecedentes de embarazo prolongado en vías prolongación OR=4.7, lo que coincide con los resultados de la investigación. Así mismo Castillo ³⁰ observó en su trabajo de investigación con mayor incidencia antecedentes obstetricos en embarazos en vías de prolongación OR=1.3, lo que coincide con los resultados de la investigación.

Respecto al quinto objetivo se encontró factor del sexo del recién nacido asociado a la inducción fallida del misoprotol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, mi resultado muestra que el 50,7% (36) corresponden a al sexo masculino, con lo que coincide con Castillo ³⁰ que realizó una investigación sobre “Factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación” en donde encontró que los recién nacidos con el sexo masculino OR=1.03, lo que coincide con los resultados de la investigación.

Respecto al sexto objetivo se encontró factor de peso del recién nacido $\geq 4000g$ asociado a la inducción fallida del misoprotol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016, mi resultado muestra que el 71,8% (51) tienen de 2500 a 4000gr. Al Castillo ³⁰ difiere con lo mostrado en la presente investigación ya que se evidenció factor de peso del recién nacido con peso $>4000g$ OR=3.2 en mayor proporción como nuestra como mi investigación.

Así mismo las vías de terminación del embarazo en vías de prolongación se evidenciaron el 47,9% (34) corresponden por vía cesárea:

con inducción. lo que coincide con Montes de Oca ⁽²⁵⁾, en su estudio, Longitud cervical determinada mediante ultrasonografía transvaginal como factor presagioso de éxito en la inducción del labor de parto, en primigestas con un embarazo prolongado en el Hospital general Dr. Gustavo Paz Prada, en donde el 42,6% termino por via cesarea por induccion fallida.

De igual modo el tiempo del estado gestacional comprobada por Capurro: EG 41 a 42ss se evidenciaron que el 66,2% (47) corresponden que si se asocian como factor de riesgo. Asi mismo Cortez ²⁹ observó en su trabajo de investigación que las usuarias en embarazo en vías de prolongación tuvieron 41semanas de embarazo, lo que coincide con mi trabajo de investigación.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ✚ En las características sociodemográficas de las usuarias de edad materna > 35 años 40.8% señaló tener una complicidad hacia el fracaso de la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base Índice de Masa Corporal >25kg/m² demostró en mi investigación no tener relación con el fracaso de la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base a la nuliparidad 36,6% identifico tener complicidad con moderada magnitud respecto al fracaso en la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base a los antecedentes obstétricos 52,11% manifestó tener una relación alta relacionada al fracaso en la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base al sexo masculino de los recién nacidos 50.7% demostró tener una asociación mayor respecto al fracaso en la inducción con misoprostol en los embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base al peso del recién nacido en mi estudio de investigación se evidencian que el 71,8% (51) tienen de 2500 a 4000gr, demostró involucrarse con el fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.

- ✚ En base al puntaje de Bishop pre-inducción el 62,0% corresponde a Bishop >5, demostró involucrarse con el fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base a la indicación de inducción 50,7% demostró no tener una asociación en relación al fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base a la vía de terminación de parto, terminación de parto vía cesárea 47,9% demostró tener una asociación en relación al fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base al número de dosis de misoprostol, 66,2% corresponden a una dosis fallida, demostró una asociación en relación al fracaso de la inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.
- ✚ En base a la edad gestacional comprobada por Capurro: EG 41 a 42ss se evidenciaron que el 66,2%, teniendo relación con la asociación con el fracaso de inducción con misoprostol en embarazos en vías de prolongación.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al personal Gineco obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan quienes cumplen sus funciones de trabajo al tratar a la paciente de que llegue a un trabajo de parto de forma satisfactoria al inducirla ,sea con más minuciosidad según los factores de riesgo antes descritos , sin poner en riesgo la vida del producto y la madre .
- A las obstetras del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Llegar a las gestantes informando sobre los factores de riesgo y a su familia que la cesárea o parto quirurgico es la mejor elección para terminar su embarazo, evitando así procedimientos innecesarios y estadia hospitalaria.
- Al personal médico del servicio de Gineco obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, construir protocolos de inducción de tal forma qe puedan actuar de manera oportuna .
- A mis compañeros de las facultades para futuros estudios: Realizar estudios prospectivos sobre dosis y marcas de misoprostol como factores de riesgo en nuestra localidad evitando la tasa de sufrimirtos fetales o muertes maternas .
- Indicando a los factores de riesgo que no indicaron asociación estadística con el resultado final, es decir índice de masa corporal peso del recién nacido y indicación de la induccion, debería realizarse otras investigaciones con una población y con un espacio de persecución mayor, para constatar los resultados con los estudios actualizados

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Montes de Oca- "Cervical length determined by transvaginal ultrasonography as a prognostic factor of success in induction of labor in first-time patients with prolonged pregnancy at the general hospital dr. Gustavo Baz Prada. " - Autonomous University of the State of Mexico Faculty of Medicine (Postgraduate thesis of the specialty in gynecology and obstetrics) 2014.
- 2.- Hofmeyr GJ, et.al .; Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labor, Cochrane Library plus, Issue 2, 2005.
- 3.- Olive JA. Cervical ripening and induction of labor, Obstetrics and Gynecology Topics. 2003.
- 4.-Corrales A, Carrillo T. Current problem of prolonged pregnancy: Wait or induce. Rev Cubana de Obstet y Ginecol 2002; 28: 3.
- 5- Crisostomo SP. Pregnancy prolonged. Current Obstetrics and Gynecology 2005; 15: 73-79.
- 6.- Hofmeyr GJ, et.al .; Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labor, Cochrane Library plus, Issue 2, 2005.
- 7.- Oliva JA. Cervical ripening and induction of labor, Obstetrics and Gynecology Topics. 2003.
- 8.- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labor. In the library. Cochrane plus, Issue 2, 2005

- 9.- Hofmeyer GJ, Gülmezoglu ES. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2003. Oxford
- 10.- Valenti E. Management guidelines for induction of labor, Maternal and Child Hospital Magazine, Ramón Sardá. 2002; 21 (2): 75-91.
- 11.- Macer JA, MacerCL, Chan LS, Elective induction versus spontaneous labor: A retrospective study of complications and outcome. Am J Obstet Gynecol 1991; 166: 1690-7.
- 12.- Puga O, Gómez R, et al. Vaginal administration of misoprostol as an inducer of labor. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 1999; 64.
- 13.- Unsatisfactory progress of labor, Management of complications of pregnancy and childbirth. Guide for Obstetricians and Physicians. 2002: 563-4.
- 14.- Saggaf A, et.al .; Misoprostol for preinduction cervical ripening and induction of labor: a randomized controlled trial, Saudi Journal Obstetrics and Gynecologics 2001; 1 (2): 89-93.
- 15.- Unsatisfactory progress of labor, Management of pregnancy and delivery. Guide for Obstetricians and Physicians. 2002: 563-4.
- 16.- Sampaio ZS, et.al .; Factors associated with vaginal delivery in high-risk pregnant women undergoing labor induction with Misoprostol, Brazilian Journal of Gynecology and Obstetrics 2004; 26 (1): 21-9.

- 17.- American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction and augmentation of labor. ACOG. Newsletter No. 217. Washington, DC. nineteen ninety five.
- 18.- Bishop EH, Pelvic score elective induction. *Obstet Gynecol* 1964; 24: 266.
- 19.- Vengalil SR, Guinn DA, Olabi NF, Burd L, Owen J. A randomized trial of misoprostol and extra amniotic saline infusion for cervical ripening and labor induction. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 774-9.
- 20.- Puga O, Gómez R, et al. Vaginal administration of misoprostol as an inducer of labor. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1999; 64
- 21.- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labor. In the library. *Cochrane plus*, Issue 2, 2005
- 22.- Goldberg A, Greenberg M, Darney P. Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med* 2001; 344: 38-47.
- 23.- Valenti E. Management guides. Induction to labor. *Rev HospMatern Infant. Ramón Sardá*. 2002; 21 (2): 75-91
- 24.- Alfirevic Z. Oral misoprostol for induction of labor. In: *The Cochrane Library plus*, Issue 2, 2005. Oxford, update SoftWare Ltd. Available at: www.Update.Software.com.
- 25.- Montes de oca, Op.Cit., P.36.

- 26.- Pérez N, Efficacy of misoprostol in induction of labor in the western regional hospital, Hospital Regional de Occidente, Guatemala 2014- (Thesis of the specialty in gynecology and obstetrics) 2012
27. Madziyire M.G. Beliefs and practices regarding the use of misoprostol for induction of labor among obstetricians. SAJOG. May 2017, Vol. 23, No. 1. Page 25
28. Boshomane J. Factors associated with successful induction of labor with oral misoprostol in term or post-term pregnancies. Obstetrics and Gynaecology Forum, Volume 29 Number 3, 2019, p. 25 - 28
29. Thapa, B., Manandhar, T., Sitaula, S., & Basnet, T. (2020). Sequential Foley Catheter and Misoprostol Versus Misoprostol Alone for Induction of Labor in Postdated Pregnancy: a Randomized Controlled Trial. Journal of BP Koirala Institute of Health Sciences, 3 (1), 105-112.
<https://doi.org/10.3126/jbпкиhs.v3i1.30342>
- 30.- Castillo B, MH. "Factors associated with failed induction with misoprostol in prolonged pregnancies", Trujillo. 201431.
31. Távara L, Chávez S, Regulación del uso obstétrico del misoprostol en los países de américa latina y el caribe, ministerio de salud, rev per ginecol obstet. v.59 n.2 Lima 2013.
- 32.-_Cortez T, CPT. "Factores maternos asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos de 41 semanas hospital belén de Trujillo 2010 – 2013" Trujillo. 2016.

- 33.- Hernández Parra TG, Nachón García MG. Conceptos básicos del embarazo prolongado: una revisión. Rev Med UV 2005; 5(2):21-27
- 34.- Divon M, Ferner A, Nissel H. El género masculino predispone al embarazo prolongado. Am J Obsy et Gynecol 2002; 187(4): 1081-1083
- 35.- Corrales Gutierrez A. Manejo del embarazo prolongado con conducta expectante. Cuba: Editorial Universitaria, 2008
- 36.- Frailuna MA et al. Guía de práctica clínica: Embarazo de 41 semanas. Rev. Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2012;31(2):75-87
- 37.- Hernández TG, Nachón MG Op.Cit., p.10.
- 38.- Frailuna MA et al, Op.Cit., p.24.
- 39.- Hernández TG, Nachón MG, Op.Cit., p.24
- 40.- Divon M, Ferner A, Nissel H, Op.Cit., p.14
- 41.- Frailuna MA et al. , Op.Cit., p.28
- 42.- Hernández TG, Nachón MG, Op.Cit p. 32
- 43.- Hernández TG, Nachón MG, Op.Cit p.34
- 44.- Frailuna MA et a, Op.Cit., p.32
- 45.- Protocolo inducción del parto y métodos de maduración cervical. Clinic Barcelona. Hospital Universitario.
- 46.- Watkinson G, Hopkins A, Akbar FA. The therapeutic efficacy of misoprostol in peptic ulcer disease. Postgrad Med J 1988;64(suppl 1): 60–77.

- 47.- Tang O.S, Gemzell-Danielsson K, Ho P.C. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 99, S160– S167.
- 48.- Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, Banskter D, Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstet Gynecol* 1997;90:88–92
49. Significado de factor que es y concepto. Disponible en la web:
<https://definicion.mx/factores/>
50. Ginecología/obstetricia: Inducción y conducción del trabajo de parto.
Disponible en la web:
<https://es.slideshare.net/jihansimonhasbun1/ginecologiaobstetricia-induccion-y-conduccion-del-trabajo-de-parto>
51. Rodríguez C, A. Velasco B, A. Uso de 600 mg de Misoprostol para inducir el aborto temprano. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.29 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2003
52. Organización Mundial de la Salud. Cómo funciona el Misoprostol, la píldora abortiva de preferencia de la OMS y qué le pasa tu cuerpo si la tomas.
Disponible en la web. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45143481>
- 53.- Menéndez G, G E. Navas C, N. Hidalgo R, Y. Espert C, J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012

54.- Guía perinatal. Programa nacional salud de la mujer.ministerio de salud.

Gobierno de Chile. 2015. Disponible en la web. Embarazo en Vías de Prolongación | minsal-2015 - Wix.com. <https://cedipcloud.wixsite.com/embarazo-en-vas-de-prolongacin>

55.- Diferencias entre mujer nulípara | Parto | El embarazo. Disponible en la web:<https://es.scribd.com/doc/181105018/diferencias-entre-mujer-nulipara>

56.- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad. 2020.

ANEXOS

ANEXO : 01

HISTORIA CLINICA

CÓDIGO:

FECHA:

___/___/___

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS FACTORES QUE ESTAN ASOCIADOS A LA INDUCCION FALLIDA DE MISOPOSTROL EN EMBRAZOS EN VIAS DE PROLONGACION EN LA MUESTRA EN ESTUDIO.

2. Edad materna:

< 20 años

20 a 25 años

26 a 30 años

31 a 35 años

> 35 años

3. Procedencia:

Rural Urbano

4. Peso pre-gestacional (En Kilogramos):.....

5. Talla materna (En centímetros):.....

6. IMC pre-gestacional (en kg/m2):.....

< 18.5

18.5 a 24.5

> 25

8. Paridad (Número de partos vaginales previos):.....

Nulípara

Primípara

Multípara

9. Sexo del recién nacido:

Masculino

Femen

10. Peso del Recién Nacido (en gramos):.....

() < 2500grh

() 2500gr a 4000gr

() > 4000 gr

11. Puntuación Bishop pre-inducción:.....

Bishop < 5: SI () NO ()

12. Indicación de inducción:

() SI

() NO

13.- Vía de terminación del embarazo:

a. Vaginal: Sin inducción ()

Con inducción ()

b. Cesárea: Sin inducción ()

Con inducción ()

14. Número de dosis de misoprostol:.....

15.- Edad gestacional comprobada por Capurro:EG 41-42ss:

SI


NO

ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO DEL TEMA: “FACTORES ASOCIADOS A LA INDUCCIÓN FALLIDA CON MISOPROSTROL EN EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Problema general :</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿La edad materna ≥ 35 años es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿El índice de masa corporal ≥ 25 es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿La nuliparidad es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿El antecedente de embarazos en vías de prolongación es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿El sexo masculino del recién nacido es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p> <p>¿El peso del recién nacido $\geq 4000g$ es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016?</p>	<p>Objetivo general :</p> <p>Determinar cuáles son los factores que están asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>- Determinar si la edad materna ≥ 35 años es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p> <p>- Determinar si el IMC ≥ 25 es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p> <p>- Determinar si la nuliparidad es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p> <p>- Determinar si el antecedente de embarazos en vías de prolongación es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p> <p>- Determinar si el sexo masculino del recién nacido es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p> <p>- Determinar si el peso del recién nacido $\geq 4000g$ es un factor asociado a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁: Los factores (edad ≥ 35 años, IMC ≥ 25, Nuliparidad, antecedente en vías de prolongación, sexo masculino del recién nacido, peso del recién nacido $\geq 4000g$) son factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p> <p>H₀: Los factores (edad ≥ 35 años, IMC ≥ 25, Nuliparidad, antecedente en vías de prolongación, sexo masculino del recién nacido, peso del recién nacido $\geq 4000g$) no son factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016.</p>	<p>V.D</p> <p>Inducción con misoprostol</p> <p>V.I</p> <p>Factores asociados</p>	<p>Única</p> <p>Edad avanzada</p> <p>IMC ≥ 25</p> <p>Nuliparidad</p> <p>Antecedente personal de embarazo en vías de prolongación previo</p> <p>Sexo del feto masculino</p> <p>Peso del recién nacido $\geq 4000g$.</p>	<p>Fallida</p> <p>Exitosa</p> <p>Registro de edad ≥ 35 años en hoja de admisión</p> <p>Registro de IMC ≥ 25 kg/m² en Historia clínica.</p> <p>Registro de N° de hijos en Historia clínica.</p> <p>Registro en Historia clínica.</p> <p>Registro en Historia clínica.</p> <p>Registro en Historia clínica.</p>

<p>El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que se cuantifica los factores asociados a la inducción fallida con misoprostol en embarazos en vías de prolongación en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.</p> <p>Diseño de estudio: De diseño no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo</p>  <p>Leyenda M: Historia clínica de gestantes O: Es la información de interés que recogemos</p>	<p>Población: Estará conformada por 86 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación hospitalizadas durante el periodo enero-diciembre 2016 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano</p> <p>Tamaño de la muestra</p> <p>En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretende hacer con el presente estudio, se utilizará el muestreo probabilístico aleatorio simple, para lo cual se determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:</p> $n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$ <p>Por tanto, la muestra conformara por 71 historias clínicas de usuarias que acuden al consultorio Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco año 2016.</p>	<p>Para la recolección de datos: El método utilizado será la documentación, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información.</p> <p>Instrumentos. Entre los instrumentos que serán utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes: Ficha de recolección de datos (Anexo 1) que servirá para recoger información de las historias clínicas, la ficha posee un total de 14 preguntas agrupadas de acuerdo a los objetivos planteados.</p> <p>Análisis de datos Análisis descriptivo : El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 21.0, los que luego serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.</p>
---	--	--