



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2003; 7(1): 17-26

ARTÍCULO ORIGINAL

Inducción del parto

Induced delivery

Eunice Echevarria Cabrera¹, Yusmila Hernández Castillo², Lic. Maricel Ramírez Valle³, Esteban del Pino Malagón⁴, Dianelys Pando Camejo⁵.

¹Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Instructora. Facultad de Ciencias Médicas «Dr. Ernesto Ché Guevara de la Serna». Pinar del Río.

²Licenciada en Enfermería. Miembro adjunto de la Sociedad Cubana de Enfermería. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Licenciada en Enfermería. Miembro Numerario de la Sociedad Cubana de Enfermería. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Gineco-Obstetricia. Profesor Principal Gineco-Obstetricia. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Instructora. Facultad de Ciencias Médicas «Dr. Ernesto Ché Guevara de la Serna». Pinar del Río.

RESUMEN

Desde el punto de vista conceptual, la inducción del parto consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación, tratando de reproducir lo más fielmente el parto normal y espontáneo. Con el objetivo de contribuir al mayor conocimiento del comportamiento de la inducción en nuestro medio y con ello elevar la preparación del personal de enfermería acerca del tema se realizó una investigación retrospectiva, transversal y analítica en los Servicios Gineco-Obstétricos del Hospital Universitario Abel Santamaría en el trimestre junio-agosto 2001. El universo estuvo constituido por la totalidad de los nacimientos del periodo (n=818) el grupo estudio, por todas las pacientes que se les indujo el parto (n=131) en este trimestre y el grupo control por los dos nacimientos siguientes al de cada una de las pacientes que se indujo, excluyendo las cesáreas anteriores. Se estudiaron variables maternas y perinatales tales como: causa de inducción, tiempo para alcanzar dinámica uterina efectiva, paridad, modo de nacimiento y características del líquido amniótico. Los resultados obtenidos se agruparon en cuadros utilizándose el paquete analítico MICROSTA del cual fue escogida su opción (X) con un nivel de significación de 0.05 y 0.005 así como el método porcentual. Se evaluó la incidencia de inducción y la media por mes; la rotura prematura de membranas, embarazo prolongado y el oligoamnios fueron las principales causas de la inducción, con un índice de cesárea primitiva elevado observando que en las secundíparas y múltiparas todos los nacimientos fueron por vía transpélvica. Existiendo significación estadística entre el parto inducido y la cesárea.

Descriptor DeCS: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, EMBARAZO PROLONGADO/complicaciones, LÍQUIDO AMNIÓTICO/complicaciones, ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES/complicaciones, TRABAJO DE PARTO INDUCIDO.

ABSTRACT

Induction of labour, from conceptual viewpoint consists in to burst the physiological phenomena of labour after 20 weeks of gestation, trying to reproduce normal and spontaneous labour as faithful as possible. In order to contribute at the highest level of knowledge on the behaviour of induction in our environment and to rise the training level of nursing care personnel about this topic a retrospective, cross sectional and analytic research was carried out in the Gyneco-Obstetrics Service at Abel Santamaría General Hospital between June-August 2001. the sample consisted of the total of births during the studied period (n = 818), according to all the patients with labour induction (n = 131) in this trimester and the control group with two births after each induced patient, excluding the former cesarean sections. Maternal and perinatal variables were studied: cause of induction, time for reaching an effective uterine dynamic parity, birth via and characteristics of amniotic fluid. Results were grouped in graphics using the analytic package MICROSTAT from which the option (X) was chosen with a significance level of 0.05 and 0.005 as well as the percentage method. The incidence of induction and the mean monthly were evaluated; the premature membrane rupture, the prolonged pregnancy and

oligoamnion were the principal causes of induction with a high primitive cesarea section index noting that in secundiparas and multiparas all births occurred by transpelvis via, existing statistical significance between the induced partus and cesarea section.

Subject headings: AMNIOTIC FLUID/complications, FETAL MEMBRANES PREMATURE RUPTURE/complications, LABOUR INDUCED, NURSING CARE, PREGNANCY PROLONGED/complications.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un fenómeno fisiológico y durante su desarrollo el útero y el feto van madurando. Normalmente alrededor de las cuarenta semanas, se desencadena el parto espontáneamente en la mayoría de las pacientes; sin embargo en ocasiones se pueden presentar eventos desfavorables, ya sea por parte de la madre o del feto, que demandan la necesidad de realizar el parto para preservar la salud materna y fetal. En estos casos estamos obligados a actuar y se hace necesario evacuar el útero generalmente a través de la inducción del parto.

Desde el punto de vista conceptual, la inducción del parto consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos del mismo después de las 20 semanas de gestación, tratando de reproducir los más fielmente posible el parto normal y espontaneo.^{1, 2}

Son muchos los métodos que se han utilizado para inducir el parto pero lo más extendido y mundialmente conocidos han sido y son, los métodos farmacológicos. Las prostaglandinas, hoy en día tienen un gran uso para estos fines, pero en nuestro medio sigue siendo la oxitocina el fármaco más utilizado sin que se pueda negar su efectividad.³

Como se ha expresado anteriormente, la inducción de la labor de parto es una opción del obstetra para dar solución a un problema determinado, pero nos alejamos de las vías naturales; y en estudios realizados se han reportado resultados desfavorables con este método al compararlo con el parto espontaneo. Por ejemplo Yawn y Col,⁴ así como Alexander y Col⁵ han encontrado un incremento de la cesárea cuando el modo de comienzo de la labor de parto es la inducción, mientras que Romero⁶ reporta mayor incidencia de endometritis. Por otro lado Ziadeh y Sumna⁷ hallaron mayor frecuencia de meconio y Dávila junto a Gianina⁸ encontraron mayor número de neonatos deprimidos.

Todo esto nos hace pensar que se requiere de un análisis exhaustivo y colegiado de la situación problema de la gestante antes de comenzar una inducción, la cual debe tener una indicación precisa y que debe haber un cumplimiento estricto de su metodología de trabajo.

Desde el punto de vista de los padres, el parto es considerado como un periodo muy trascendental y especialmente la madre lo considera como el final de un proceso largo y complejo. De aquí que ellos atribuyen tanto significado a los eventos y a las personas necesarias para asistirlo en estas circunstancias, considerándose en particular a la enfermera como persona necesaria en este proceso, para lo cual la misma debe tener conocimientos, comprensión del curso

del parto normal, habilidad para conocer desviaciones de lo normal y juicio para hacer frente a condiciones difíciles y de emergencia.

Teniendo en cuenta la importancia del tema, el haber comenzado los servicios Gineco-Obstétricos en nuestro centro recientemente, lo heterogéneo que es nuestro colectivo de trabajo y con el propósito de mejorar nuestros conocimientos en el proceso de la inducción del parto, es que nos damos a la tarea de realizar esta investigación.

Nos proponemos con nuestro estudio, garantizar un mayor conocimiento de la inducción del parto en nuestro medio y con ello elevar la preparación del personal de enfermería acerca del tema, teniendo en cuenta nuestro protocolo de trabajo, así como determinar la incidencia de la inducción del parto por meses, sus causas y modo de nacimiento. Además nos proponemos precisar el tiempo que transcurre desde el comienzo de la inducción a que se logra obtener dinámica uterina efectiva. Tenemos como objetivo también identificar el comportamiento de la paridad y averiguar las características del líquido amniótico al momento del nacimiento según la causa de inducción.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico de la inducción del parto en los Servicios Gineco- Obstétricos del Hospital General Universitario "Abel Santamaría" de Junio a Agosto del año 2001. El universo estuvo constituido por la totalidad de nacimientos durante este periodo ($n = 818$) y el grupo estudio por todas las inducciones realizadas ($h = 131$) y para el grupo control se revisaron las historias clínicas de los dos nacimientos siguientes al de las pacientes que se indujeron excluyendo las cesáreas anteriores.

Se debe decidir la inducción del parto en una paciente según causas bien precisadas y comenzar siempre que sea posible en el horario de la mañana. Previamente se aplicará enema evacuante.

Según el protocolo de trabajo utilizado en nuestro centro la inducción se realiza con oxitocina en forma de venoclisis:

Dextrosa 5 % 500 ml + oxitocina 2.5 unidades ó 1000 ml + 5 unidades.

Forma de uso de la oxitocina:

Se debe canalizar la vena y proceder a administrar la solución antes mencionada al goteo abajo referido e ir aumentando cada 30-45 minutos hasta lograr dinámica uterina de 3-4 contracciones en 10 minutos y de buena intensidad y duración de 40 segundos, que sea capaz de modificar el cuello uterino hasta obtener su borramiento y posterior dilatación o hasta tanto en feto sea capaz de soportar las contracciones. Se debe garantizar que la relajación del útero entre las contracciones. Cuando haya transcurrido entre 4 a 6 horas con la dinámica uterina antes mencionada, se debe realizar tacto vaginal y proceder a la amiotomía con el objetivo de agilizar el periodo de dilatación.

Goteo a utilizar (Aumento en progresión geométrica)

Según bibliografía referida, la cantidad de oxitocina a utilizar no debe exceder de 15 miliunidades/minuto, salvo en casos excepcionales y muy bien valorados.

La información fue recogida a través de la historia clínica, inmediatamente después del nacimiento, la que incluye: causa de la inducción, tiempo transcurrido en alcanzar la dinámica uterina efectiva, paridad y algunas variables perinatales como: modo de nacimiento y características del líquido amniótico.

Los resultados obtenidos se agruparon en tablas utilizándose el paquete analítico MICROSTA del cual fue escogida su opción (X) con el nivel de significación de 0.05 y 0.005 así como el método porcentual.

RESULTADOS

En la tabla 1 podemos apreciar que se indujo a 131 gestantes lo que representa el 16 % del total de nacimientos y que el índice de inducción tuvo un incremento de 26.2 % en junio a 39.8 % en agosto. La media de nacimientos por meses fue de 229 en los que espontáneamente comenzaron la labor de parto y 43.6 en las que se indujeron.

Tabla 1. Inducción del parto. Según modo de comienzo de la labor de parto.

Modo de comienzo de la labor de parto	Junio		Julio		Agosto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Espontáneo*	179	21.9	236	28.9	272	33.2	687	84
Inducido***	35	4.3	42	5.1	54	6.6	131	16.0
Total	214	26.2	278	34.0	326	39.8	818	100

Fuente: Historia Clínica.

*Media 229

**Media 43.6

En la tabla 2 mostramos las causas de las inducciones y el tiempo que medió el comienzo de la inducción al que se logró una dinámica uterina efectiva (3 contracciones en 10 minutos de buena intensidad y 40 segundos de duración). Pudiendo observar que la rotura prematura de membranas fue el diagnóstico más frecuente (47) siguiendo en orden, el embarazo prolongado y el oligoamnios con 31 y 21 pacientes respectivamente.

Tabla 2. Inducción del parto según sus causas y tiempo que media para lograr dinámica uterina efectiva

Causas de la inducción	Tiempo que media del comienzo de la inducción a que se logra dinámica uterina efectiva (Horas)									
	< 1		1 - 3		4 - 6		7 - 10		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
RPM	8	17.0	26	55.3	10	21.3	3	6.4	47	100
Embarazo prolongado	1	3.2	20	64.5	8	25.8	2	6.5	31	100
Oligoamnios	2	9.5	12	57.2	7	33.3	0	0	21	100
CIUR	0	0	3	25.0	5	41.7	4	33.3	12	100
HTA y Embarazo	1	8.3	5	4.7	4	33.3	2	16.7	12	100
Otros*	0	0	4	50.0	1	12.5	3	37.5	8	100
Total	n	12	70	35	14	131				
	%	9.2	53.5	25.6	10.7	100				

Es llamativo que la hipertensión arterial y embarazo solo representó el 9.2 % de las inducciones.

En cuanto al momento en que se logra buena dinámica uterina encontramos que el 89.3 % del total de las inducciones alcanzó dinámica uterina efectiva antes de las 7 horas y solamente el 10.7 % lo logró entre las 7 y 10 horas.

Las patologías que más demoraron en alcanzar dinámica uterina óptima fueron: el crecimiento intrauterino retardado y la hipertensión arterial, con el 33.3 % y el 16.7 % respectivamente, se excluyeron otros en este análisis ya que son varias patologías agrupadas.

Llama la atención que en el 100 % de las pacientes con oligoamnios se logró dinámica uterina efectiva antes de las 7 horas después del comienzo de la inducción.

El tipo de nacimiento según el modo de comienzo de la labor de parto se encuentra reflejado en la tabla 3 pudiendo apreciar que un 32.8 % de las inducciones terminaron en cesárea y en el grupo control 16.8 % lo cual resulta altamente significativo. ($X = 4.80$ GL = 1 $P < 0.05$).

Tabla 3. Inducción del parto según tipo de nacimiento y modo de comienzo de la labor de parto.

Modo de nacimiento	Modo de comienzo de la labor de parto.			
	Inducción		Espontáneo	
	No.	%	No.	%
Eutócico	82	62.6	214	81.7
Distócico	6	4.6	4	1.5
Cesárea (**)	43	32.8	44	16.8
Total	131	100	262	100

Fuente: Historia Clínica

(**) $X = 4.80$ GL = 1 $P < 0.05$.

La paridad de las pacientes y el modo de nacimiento por cesárea está representada en la tabla 4. En ella encontramos que en el 100 % de las pacientes que se indujeron con dos o más hijos el nacimiento se produjo por vía transvaginal. Mientras que en las nulíparas al 72.1 % del grupo estudio hubo necesidad de hacerle cesárea contra un 52.3 % del grupo control. Al hacer el análisis estadístico apreciamos que hay significación ($X = 3.62$ GL = 1 $P < 0.05$) entre las nulíparas.

Tabla 4. Inducción del parto según paridad y modo de nacimiento por cesárea.

Paridad anterior	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
0 (**)	31	72.1	23	52.3
1	12	27.9	15	34.1
2	0	-	5	11.3
> 3	0	-	1	2.3
Total	43	100	44	100

Fuente: Historia Clínica

(**) $X = 3.62$ GL = 1 $P < 0.05$.

Las características del líquido amniótico al momento del nacimiento según la causa de la inducción lo encontramos en la tabla 5 y podemos ver que el 25.2 % de las pacientes del grupo estudio tuvieron meconio mientras que en el grupo control la incidencia del líquido amniótico meconial fue 13.4 % solamente. Resultando altamente significativo ($X = 8.54$ GL = 1 $P < 0.005$).

Tabla 5. Inducción del parto según su causa y características del líquido amniótico al momento del nacimiento

Causas de la inducción	Características del LA al momento del nacimiento			
	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
RPM	7	5.3	3	1.2
Embarazo prolongado	8	6.1	4	1.5
Oligoamnios	6	4.6	0	-
HTA y embarazo	2	1.5	4	1.5
CIUR	4	3.1	2	0.8
Otros	6	4.6	22	8.4
Sub total LA meconial	33*	25.2	35	13.4
Sub total LA claro	98	74.8	227	86.6
Total	131	100	262	100

Fuente: Historia Clínica (*) $X = 8.54$ $GL = 1$ $P < 0.005$.

Leyenda: RPM: Rotura prematura de membranas; CIUR: Crecimiento intrauterino retardado; HTA: Hipertensión arterial; LA: Líquido Amniótico.

Por patologías, apreciamos que 4 (33.3 %) de las pacientes con crecimiento intrauterino retardado tuvieron meconio y le siguió en orden de frecuencia el oligoamnios y el embarazo prolongado con un 28.6 % y 25.8 % respectivamente.

DISCUSIÓN

El índice de inducciones en nuestro estudio se ha ido incrementando, coincidiendo con algunos autores que reportan igual incidencia.^{4, 8, 9}

La rotura prematura de membranas fue el diagnóstico más frecuente, siguiéndolo el embarazo prolongado, sin embargo Yawn⁴ y Dávila⁸ en contraron el embarazo prolongado como primera causa de inducción. En la literatura revisada no se informa del momento en que las pacientes en inducción alcanzan buena dinámica uterina.

El índice de cesárea fue elevado entre las pacientes que se indujeron resultado que coincide con los obtenidos por Piloto y col¹⁰ en su estudio sobre rotura prematura de membrana y por Delgado y col¹¹ sobre preeclampsia grave.

En nuestro estudio podemos apreciar un índice elevado del líquido amniótico meconial en las pacientes que se indujeron coincidiendo con los resultados de Ziadeh y Summa.⁷ Los cuales reportan una frecuencia elevada de meconio en estas pacientes.

Al evaluar el seguimiento de las inducciones en nuestro medio, podemos constatar que las pacientes inducidas y además la nuliparidad contribuyeron al incremento del índice de cesárea y que las principales causas de inducción fueron la rotura prematura de membranas y el embarazo prolongado observándose una incidencia elevada del líquido amniótico meconial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997. pp. 396 - 401.
2. Botella Llusia JM, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. T II. La Habana: Editorial El Manual Moderno; 1985. pp. 20 - 30.
3. Silhy S, Elías K. Prostaglandinas en procesos reproductores. Ginecol Obstet Mex. 1986; 54 (12): 317 - 22.
4. Yawn BP, Wollan P, Mc Keon K, Fields CS. Temporal changes in rates and reasons for medical induction of term labor, 1980 - 1996. Am J Obstet Gynecol 2001; 184 (4): 611 - 9.
5. Alexander JM, McIntire DD, Leveno HJ. Prolonged pregnancy: Induction of labor and cesarean births. Obstet Gynecol 2000; 97 (6): 911 - 5.
6. Pacheco Romero JC, Olórtegui W, Salvador OJ, López F, Palacios J. Endometritis puerperal. Incidencia y factores de riesgo. Gynecol Obstet 1999; 44 (1); 54 - 60.
7. Ziadeh SM, Sunna E. Obstetric and perinatal outcome of pregnancies with term labor and meconium - stained amniotic fluid. Arch Gynecol Obstet Germany 2000; 264 (2): 84 - 7.
8. Dávila Castillo GA. Embarazo prolongado: Características maternas y morbilidad perinatal en el Hospital Arzobispo Loaysa. México; Facultad de Medicina Alberto Hurtado 1991.
9. Zighel Boim I, Suarez Rivero M. Inducción electiva del trabajo de parto. Gac Med Caracas 1996; 104 (1): 32 - 47.
10. Piloto MM, Torres HY, Pino ME, Noda MJ. Rotura prematura de las membranas ovulares en gestantes de 27 semanas o más. Revista de Ciencias Médicas. Pinar del Río 1999; 3 (2).
11. Delgado DM, Piloto MM, Martínez GL, González CS. Factores de riesgo y evolución de las gestantes con pre - eclampsia grave. Revista de Ciencias Médicas. Pinar del Río 1999; 1(1).

Recibido: 4 de octubre del 2002

Aprobado: 4 de noviembre del 2002.

Lic. Eunice Echevarria Cabrera. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Km 89 Carretera Central. Pinar del Río. Cuba.