



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

# TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## MISOPROSTOL VIA ORAL VS VIA VAGINAL PARA INDUCCIÓN DE PARTO EN GESTANTES A TÉRMINO, EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Nombre del Autor: PATRICIA DEL CARMEN ROMÁN OCAMPO

Nombre del Asesor: DRA. MÓNICA FLORES NORIEGA

LIMA – PERÚ  
2020

## I. RESUMEN:

**Introducción:** Actualmente hay necesidad de interrumpir gestaciones a término ya sea por patología materna o fetal, siendo la opción la vía vaginal, se continua con la inducción de parto, para lo cual se evalúa el Bishop, con un Bishop < 6 se opta por inducir con prostaglandina E2 y posteriormente se decide la vía de administración ya sea vía oral o vaginal.

**Objetivos:** Describir la eficacia del uso de misoprostol administrado vía oral versus el uso de misoprostol administrado vía vaginal para la inducción de parto en pacientes gestantes a término que acuden al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 hasta el 31 de Diciembre del 2021.

**Métodos:** Se realizará un estudio de tipo Observacional descriptivo y Prospectivo en las gestantes a término con indicación de inducción de parto para lo cual se incluirán todas las Gestantes con 37 o más semanas con indicación de inducción de parto que ingresan al servicio de obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero de 2021 y el 31 de Diciembre de 2021.

En nuestro hospital no hay estudios que comparen el uso del misoprostol por lo que se hace necesario conocer la efectividad de la inducción del parto de acuerdo a la vía de administración por lo que decidimos hacer este estudio cuyo objetivo es describir la eficacia del uso de misoprostol administrado via oral versus el uso vía vaginal para inducción de parto en el Hospital Cayetano Heredia.

Palabras clave: Misoprostol, inducción de parto, gestante.

## II. INTRODUCCIÓN:

Actualmente es frecuente la necesidad de interrumpir las gestaciones a término ya sea por patologías maternas o fetales, cuando se decide la vía vaginal, se procede a evaluar las condiciones del cuello uterino siendo un factor predictivo para el pronóstico de la inducción del trabajo de parto (1). La valoración de la predicción del éxito o fracaso de la inducción, la presentó Bishop en 1964. Cuando el cuello uterino tiene un puntaje de Bishop menor que 6 o cérvix inmaduro existe consenso general de que la inducción se realiza con prostaglandinas (2).

Las prostaglandinas promueven una serie de cambios bioquímicos y biofísicos que conducen a la maduración cervical y a un aumento de contractilidad del miometrio; si bien se implican en la maduración cervical e inducción cuentan con algunas contraindicaciones (3,4).

Las prostaglandinas están contraindicadas para la maduración cervical o la inducción del parto en embarazos a término con un parto por cesárea anterior u otra cirugía uterina mayor previa debido a la asociación con un mayor riesgo de ruptura uterina. La actividad uterina regular preexistente es una contraindicación relativa dado que la adición de un agente uterotónico exógeno podría provocar una actividad uterina excesiva. Al administrar prostaglandinas para la maduración cervical, los médicos deben tener en cuenta la actividad uterina basal y considerar retrasar o evitar la administración si el paciente tiene  $\geq 2$  contracciones dolorosas / 10 minutos. esto es más importante en pacientes que ya han recibido al menos una dosis de prostaglandina, ya que parece haber un efecto uterotónico acumulativo. Sin embargo no se dispone de buena evidencia sobre el mejor umbral de actividad uterina para evitar las prostaglandinas. Los médicos debemos usar el juicio clínico al tomar esta decisión, teniendo en cuenta factores específicos del paciente, como la gran multiparidad, el estado fetal, el grado de incomodidad, dolor que el paciente ha experimentado con las dosis anteriores y el número total de dosis de prostaglandinas administradas(5).

El misoprostol es un análogo sintético de prostaglandina E1 indicado inicialmente para el tratamiento de úlceras pépticas sin embargo tiene acción a nivel de cérvix y en el músculo liso uterino facilitando de esta manera la dilatación cervical y promoviendo las contracciones uterinas (6,7). En nuestro país, el misoprostol se encuentra disponible en tabletas de 200 mcg que se pueden fraccionar para proporcionar dosis de 25 o 50 mcg. Se absorbe rápidamente tanto por vía oral como vaginal, cualquiera de las rutas es razonable; los datos disponibles no indican que una vía de administración sea claramente mejor que otra en términos de resultados importantes para la salud; sin embargo hay evidencia de que es una alternativa efectiva a la PGE2 para maduración cervical y la inducción del parto (8).

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), ha declarado que el uso de misoprostol parece tan seguro y eficaz como otros agentes de prostaglandina cuando se usa como agente de inducción de parto y/o maduración cervical (3).

El pico sérico del misoprostol después de la administración oral es de 227 picogramos por mL y via vaginal de 167 picogramos mL; los tiempos para alcanzar los niveles máximos son de 34 y 80 minutos respectivamente. El misoprostol por vía oral es rápidamente absorbido en un 88% siendo luego metabolizado por el sistema de oxidantes de ácidos grasos (9).

La administración de misoprostol vía vaginal en la mayoría de los pacientes se utiliza inicialmente una dosis de 25 mcg, con intervalos de redosificación de tres a seis horas.

Se desconoce la dosis óptima y el intervalo de tiempo del misoprostol aplicado intravaginalmente (10). Un metaanálisis publicado en el año 2015 informó que la dosis de 50 mcg fue más efectiva que la dosis de 25 mcg resultando en mayor probabilidad de parto después de una dosis única, de parto dentro de las 24 horas y una menor probabilidad de oxitocina, pero la dosis de 25 mcg dió como resultado tasas más bajas de taquisistolia, parto por cesárea para la frecuencia cardiaca fetal (FCF) no asegurable, ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y líquido amniótico con presencia de meconio (11). 50 mcg de misoprostol a intervalos de seis horas puede ser apropiado en algunas situaciones; sin embargo, esta dosis se ha asociado con un mayor riesgo de taquisistolia (3). Un inserto vaginal de misoprostol consiste en un chip de polímero recuperable de liberación controlada para el parto de 200 mcg durante 24 horas el cual está disponible en algunos países. Un ensayo aleatorizado publicado en el año 2009 comparó a mujeres que recibieron el inserto vaginal de misoprostol con aquellas que recibieron un inserto vaginal de dinoprostona, el uso del inserto vaginal de misoprostol resultó en un tiempo medio significativamente más corto para el parto vaginal (21.5 vs 32.8 horas) pero también resultó en una mayor probabilidad de taquisistolia uterina que requirió intervención (13.3% vs 4%), no cambiando la probabilidad de cesárea (12).

La administración de misoprostol vía oral produce una concentración en su punto máximo antes y disminuye más rápido que con la administración vaginal. A pesar del gran número de ensayos de misoprostol oral para la maduración cervical, no existe un consenso claro en cuanto a la dosis oral óptima, el intervalo de dosificación o el número máximo de dosis. Tampoco hay consenso en cuanto a que el paciente ingiera una tableta versus una solución de misoprostol oral titulada (13). Un ensayo aleatorizado publicado en el año 2016 usó un régimen de 50 mcg por vía oral con una frecuencia máxima de cada 4 horas, con un máximo de seis dosis consecutivas; este protocolo expuso resultados que no fueron peores que aquellos en lo que se utilizó un catéter con balón (14). La OMS sugiere 25 mcg cada dos horas (15). Una revisión sistemática publicada en el año 2009 sugiere dosis de misoprostol de 20 a 25 mcg vía oral a intervalos de dos horas (16).

Una revisión Cochrane publicada en el año 2014 concluyó que el misoprostol vía oral es efectivo en lograr el parto vaginal, sugiriendo una dosis entre 20 y 25 mcg. Dado que la seguridad es la principal preocupación la evidencia apoya el uso de regímenes orales sobre vaginales debido a menor riesgo de hiperestimulación (17). Un artículo publicado en el año 2017 concluye que el uso de misoprostol vía oral o vaginal demostró ser igualmente efectivo para inducir el parto en mujeres con gestación a término. Sin embargo el uso de misoprostol vía oral superó en ventajas al uso de misoprostol vía vaginal al tener una menor incidencia de líquido teñido con meconio, admisiones a UCIN y menor número de cesáreas; por lo cual lo hace más seguro (18). En el año 2011 se publicó un estudio aleatorizado doble ciego en el cual se comparó la eficacia y seguridad del uso de 50 mcg de misoprostol tanto vaginal como oral para la inducción de parto, concluyendo que el 50 mcg de misoprostol administrado vía vaginal es altamente eficaz en maduración cervical y como agente inductor de parto por encima de su administración vía oral pero su uso exige una estrecha vigilancia de anomalías contráctiles uterinas (19).

En el Perú en el año 2005 se publicó una serie de casos sobre el uso de misoprostol como inductor de parto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HCH) entre los años 2003 y 2004, en el cual se evaluaron 139 historias clínicas de pacientes a quienes

se administró misoprostol en dosis de 25 mcg vía vaginal obteniendo como resultado 113 partos vaginales y 26 cesáreas las cuales tuvieron como causa principal patrón no tranquilizador en 8 pacientes, 2 casos de taquisistolia y 1 caso de hiperestimulación; concluyendo que el uso de misoprostol vía vaginal es útil para la inducción del trabajo de parto (20). En el año 2009 se publicó un estudio experimental el cual se realizó en el Hospital Regional Docente de Trujillo entre marzo del 2005 y julio del 2006, en 268 pacientes con indicación de inducción de parto para determinar la eficacia, seguridad y costos de hospitalización usando Misoprostol vaginal en dosis fijas Grupo B (50 mcg) y dosis ascendentes Grupo A ( 25, 50, 75 y 100 mcg) cada 4 horas obteniendo como resultado el éxito de inducción en 124 pacientes en el Grupo A y 120 en el Grupo B, teniendo efectos colaterales: 28 en el Grupo A y 6 en el Grupo B; concluyendo que el misoprostol es igual de eficaz en la inducción de la labor de parto tanto en dosis fijas como en dosis ascendentes sin embargo es menos seguro usando dosis ascendentes (21). En 2012 se publicó un estudio de uso de misoprostol en inducción de parto en gestantes a término en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre mayo del 2009 y mayo del 2010 con el objetivo de describir la eficacia del misoprostol vaginal para inducir el parto, obteniendo como resultado que 39 pacientes recibieron 25 mcg de misoprostol vía vaginal cada 6 horas, teniendo partos vaginales en el 62%, 4 cesáreas por sufrimiento fetal y 1 caso por desprendimiento prematuro de placenta (DPP); concluyendo que el misoprostol vaginal a dosis de 25mcg es eficaz y seguro en la inducción de parto (22).

El HCH, es una institución de tercer nivel de atención, donde se atienden varias complicaciones materno perinatales, muchas de las cuales nos llevan a decidir terminar la gestación y en muchos casos dependiendo del caso decidimos iniciar inducción con misoprostol, sin embargo la vía de uso no se encuentra definida utilizando en algunos casos la vía oral así como en otros la vía vaginal, por lo que se decidió realizar este estudio que tiene como finalidad evaluar la eficacia de ambas vías de inducción (vaginal y oral) en el manejo del término de gestación de pacientes que acuden a nuestra institución.

### **III. OBJETIVOS:**

#### **1. GENERAL**

- Describir la eficacia del uso de misoprostol administrado vía oral versus el uso de misoprostol administrado vía vaginal para la inducción de parto en pacientes gestantes a término que acuden al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 hasta el 31 de Diciembre del 2021.

#### **2. ESPECIFICOS**

- Medir la frecuencia de partos vaginales y cesáreas en las gestantes a término inducidas con misoprostol vía oral que ingresan al servicio de obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 hasta el 31 de Diciembre del 2021.
- Medir la frecuencia de partos vaginales y cesáreas en las gestantes a término inducidas con misoprostol vía vaginal que ingresan al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 hasta el 31 de Diciembre del 2021.
- Describir la eficacia de la inducción de labor de parto con misoprostol vía oral y vía vaginal en relación a las características epidemiológicas y clínicas de las gestantes a término que ingresan al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 hasta el 31 de Diciembre del 2021.
- Describir la eficacia de la inducción de labor de parto con misoprostol vía oral y vía vaginal en relación al número de dosis empleadas y tiempo de latencia al parto en gestantes a término que ingresan al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 y el 31 de Diciembre del 2021.
- Describir los efectos colaterales de la administración de misoprostol vía oral versus vía vaginal en las gestantes a término que ingresan al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 y el 31 de Diciembre del 2021.
- Describir las complicaciones maternas y fetales de la administración de misoprostol para inducción de parto vía oral y vía vaginal en las gestantes a término que ingresan al servicio de Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero del 2021 y el 31 de Diciembre del 2021.

## IV. MATERIAL Y MÉTODO

### 1. Diseño de Estudio

Se realizará un estudio de tipo observacional descriptivo y prospectivo tipo serie de casos paralelas, en las gestantes a término con indicación de inducción de parto y en que la inducción de parto se llevó a cabo con misoprostol vaginal y vía oral que ingresan al servicio de Obstetricia durante el periodo de 1 de Enero del 2021 al 31 de Diciembre de 2021.

### 2. Población

Se incluirán todas las Gestantes con 37 o más semanas, que presenten una indicación de inducción de parto y que ingresan al servicio de obstetricia del Hospital Cayetano Heredia entre el 1 de Enero de 2021 y el 31 de Diciembre de 2021.

### 3. Muestra

Se incluirá a toda la población, no se requerirá de una muestra.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestación con feto único.
- Edad gestacional mayor o igual a 37 semanas.
- Fetos en presentación cefálica.
- Indicación obstétrica de inducción de trabajo de parto:
  - Gestación postérmino ó vías de prolongación (edad gestacional mayor a 40.6 ss).
  - Rotura prematura de membranas
  - Desorden hipertensivo del embarazo
  - Oligohidramnios
  - Restricción de crecimiento fetal tipo I
- Feto vivo
- No labor de parto.
- Placenta normo inserta
- Índice de Bishop menor de 6

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Contracciones uterina regulares o con cambios cervicales
- Índice de Bishop  $\geq$  a 6.
- Cirugía uterina previa
- Diagnóstico de feto macrosómico  $\geq$  4 kg.
- Malformaciones fetales
- Indicaciones obstétricas no contempladas en los criterios de inclusión

## V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Valores Finales	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Años cumplidos de la gestante	Desde 18 años en adelante	Cuantitativa Discreta	Razón
Estado nutricional	Situación nutricional de un individuo o población que permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo y a la vez detectar situaciones de deficiencia o exceso.	Bajo peso (<18.5) Normal (18.5 – 24.99) Sobrepeso (25 – 29.99) Obesidad (>30)	Cualitativa	Politómica Nominal
Esquema de inducción con misoprostol	Los esquemas que se utilizarán para la maduración – inducción	Vía Oral: Misoprostol 25 mcg cada 2 horas  Vía Vaginal: Misoprostol 25 mcg cada 6 horas	Cualitativa	Dicotómica Nominal
Eficacia	Mayor número de partos vaginales.	Si No	Cualitativa	Dicotómica Nominal
Número de Partos Vaginales	Partos Vaginales previos a la actual Gestación	De 0 en adelante	Cuantitativa discreta	Razón
Paridad	Número total de embarazos	-A término	Cualitativa	Politómica



	que ha tenido una mujer incluyendo abortos, pre términos, ectópicos, nacidos vivos, etc.	-Pretérmino -Perdidas (Abortos, ectópicos, embarazo molar, etc) -Vivos actualmente		Nominal
Número de dosis de Misoprostol	Total de veces que se administre Misoprostol a la paciente ya sea vía oral o vía vaginal	De 1 en adelante	Cuantitativa discreta	Razón
Complicaciones maternas	Efectos producidos por el misoprostol que evidencien signos de alarma o deterioro del bienestar materno por ejemplo: Taquisistolia, Hemorragia posparto, Rotura Uterina.	Si No	Cualitativa	Dicotomica Nominal
Complicaciones Fetales	Efectos producidos por el misoprostol que evidencien signos de alarma o deterioro del bienestar fetal por ejemplo: APGAR < 7 al nacer, liquido meconial espeso, hospitalización en neonatología.	Si No	Cualitativa	Dicotomica Nominal

Peso Ponderado fetal	Peso fetal estimado mediante ecografía 3er trimestre	< 4 kg > 4kg	Cuantitativa continua	Intervalo
----------------------	--	-----------------	-----------------------	-----------

## VI. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se identificarán a los casos que ingresan al Servicio de Obstetricia que cumplan con criterios de Inclusión.
2. Se recolectarán los datos a partir de historia clínica y se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos obstétricos diseñado para el presente estudio (anexo I)

## VII. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

El estudio no presenta riesgo para los pacientes incluidos; se tomarán los datos de la historia clínica para proceder al llenado del formato de recolección de datos por lo cual no se realizará ninguna intervención sobre la paciente; los formatos de recolección de datos serán codificados y de esta manera aseguramos la confidencialidad de los participantes en todo momento.

El autor no tiene conflictos de interés relevantes para este estudio.

Se someterá este estudio al comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, así como al comité de Ética del Hospital Cayetano Heredia, que basan sus parámetros en los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su versión más reciente (Fortaleza-Brasil, Octubre de 2013); y en los artículos 15; 25; 28 de la Ley General de Salud del Perú (Ley N°26842). Estas recomendaciones guían a los médicos en investigaciones biomédicas que involucran seres humanos.

## VIII. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos serán ingresados en una base de datos y tabulados en el software Microsoft Excel 2013. Se calcularán frecuencias absolutas y relativas, medias, desviación estándar y cuartiles de los ítems, dominios y puntaje global por las variables señaladas previamente.

Se utilizarán como pruebas estadísticas Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para evaluar asociación entre las variables sociodemográficas categóricas y los componentes del instrumento; además, T de student para la evaluación de variables cuantitativas.

## IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bottoms SF, Hirsch VJ, Sokol RJ. Medical management of arrest disorders of labor. A current overview. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;156:935-939.
2. Bishop EH. Pelvis scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*. 1964;24:266-268.
3. ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol* 2009; 114:386. Reaffirmed 2019.
4. Vaknin Z, Kurzweil Y, Sherman D. Foley catheter balloon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:418.
5. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345:3.
6. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. (Cochrane Review) *The Cochrane Library* 2005; 2. Oxford; Update software.
7. Lokugamage AU, Refaey HE, Rodeck CH. Misoprostol and pregnancy: everincreasing indications of effective usage. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2003 Dec;15(6):513-8.
8. Fox NS, Saltzman DH, Roman AS, et al. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for labour induction: a meta-analysis. *BJOG* 2011; 118:647.
9. Danilo Nápoles Méndez. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2006; 32(2)
10. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD000941.
11. McMaster K, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Balancing the efficacy and safety of misoprostol: a meta-analysis comparing 25 versus 50 micrograms of intravaginal misoprostol for the induction of labour. *BJOG* 2015; 122:468.
12. Wing DA, Brown R, Plante LA, et al. Misoprostol vaginal insert and time to vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2013; 122:201.
13. Khan RU, El-Refaey H, Sharma S, et al. Oral, rectal, and vaginal pharmacokinetics of misoprostol. *Obstet Gynecol* 2004; 103:866.
14. Ten Eikelder ML, Oude Rengerink K, Jozwiak M, et al. Induction of labour at term with oral misoprostol versus a Foley catheter (PROBAAT-II): a multicentre randomisedcontrolled non-inferiority trial. *Lancet* 2016; 387:1619.
15. Tang J, Kapp N, Dragoman M, de Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 121:186.
16. Kundodyiwa TW, Alfirevic Z, Weeks AD. Low-dose oral misoprostol for induction of labor: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009; 113:374.
17. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD001338.
18. Prameela.Kavya D. Sharma. Comparison Between Use of Oral Misoprostol Versus Vaginal Misoprostol for Induction of Labour at Term. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* (March-April 2018) 68(2):88-92
19. Jindal Promila. Avasthi Kumkum. Kaur Maninder. A Comparison of Vaginal vs. Oral Misoprostol for Induction of Labor-Double Blind Randomized Trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* (september-October 2011) 61(5):538-542

20. Jorge Arévalo, Patricia Crispín, Mónica Flores, Juan Quispe, Giuliana Pinto, Erika Bravo. Misoprostol como inductor del parto Serie de casos en el HNCH 2003-2004. Rev Per Ginecol Obstet 2005;51:212-218
21. Roberto Caffo Marrufo, Agreda Avalos Merardo Segundo. Eficacia, seguridad y Costos en la Inducción de la labor de parto con Misoprostol: Dosis ascendentes comparado con dosis fijas. Trujillo-Perú 2009.
22. Carlos Pérez Aliaga, Luis Kobayashi Tsutsumi, Antonio Luna Figueroa, Enrique Guevara Guevara Rios. Misoprostol en induccion de parto en Gestantes a Término En el instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo 2009 y Marzo 2010. Rev Perú Investig Matern Perinat 2012; 1(1): 35-39

## X. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### PRESUPUESTO

CONCEPTO		CANTIDAD	DETALLE	TOTAL, S/.
PERSONAL	Asesor del proyecto	1	Trabajo ad honorem	0
	Autor del proyecto	1	Trabajo ad honorem	0
BIENES	Computadora	1	Redacción del trabajo	2000
	Papel A4	1 millar	Recolección de datos	30
	CD - Lapiceros	1 docena	Recolección de datos	30
SERVICIOS	Anillados y empastados	3	Para informe final	60
	Fotocopia e impresiones		Para presentación de avances e informe final	100
	Transporte		combustible automóvil	3000
	Servicio de internet	Por 1 año	Acceso a información bibliográfica	600
TOTAL, S/.				5820

### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JUNIO 2020	JUNIO 2020	ENERO - DICIEMBRE 2021	ENERO 2022	FEBRERO 2022	MARZO 2022	ABRIL 2022
Presentación de protocolo	X						
Aceptación de protocolo		X					
Recolección de datos			X				
Procesamiento de datos				X			
Análisis de resultados					X		
Discusión de resultados						X	
Informe final							X

**XI. ANEXOS**

ANEXO I

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Proyecto: Misoprostol vía oral vs vía vaginal para Inducción de Parto en Gestantes a termino, en el Hospital Cayetano Heredia

**1. Filiación:**

Nº HCL: ..... Nº CASO: ..... EDAD: .....

NOMBRE:

.....  
.....

**2. Antecedentes Obstétricos:**

G ( ) P ( ) Tipo de Parto previo : .....

**3. Gestación Actual:**

FUR: ..... EG: ..... FPP: ..... CPN: .....

**4. Diagnostico:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5. Motivo de Inducción de parto:**

.....

**6. Bishop:**

Dilatación:  Borramiento:  Descenso fetal:   
Consistencia de cérvix:  posición de cérvix:   
Puntaje Total:

**7. Vía de administración de Misoprostol:**

.....

8. **Fecha y hora:** 1era dosis: ..... 2da dosis: .....  
3era dosis: ..... 4ta dosis: .....  
5ta dosis: ..... 6ta dosis: .....

9. **Complicaciones Maternas o fetales :**

Taquisistolia ( )  
Hiperestimulación ( )  
Rotura uterina ( )  
Bradicardia Fetal ( )  
Apgar <7 ( )  
Síndrome de aspiración meconial ( )  
Otros: .....  
.....  
.....  
.....

10. **Parto:**

Fecha y hora de parto: .....

Tipo de Parto: .....