

Tratamiento activo con oxitocina y rotura artificial tardía de membranas en la distocia de fase latente del trabajo de parto

Active treatment with oxytocin and late artificial rupture of membranes in the dystocia of the latent phase of labor

Dr.C. Danilo Nápoles Méndez, MsC. Arelis Montes de Oca García y MsC. Dayana Couto Núñez

Hospital General Docente "Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y de intervención, de las 90 gestantes con fase latente prolongada del trabajo de parto, a partir de ocho horas, atendidas en el Servicio de Perinatología del Hospital "Mariana Grajales Coello" y "Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, en el período 2011-2013, con el objetivo de demostrar la utilidad del tratamiento activo con rotura artificial de membrana tardía, empleado en la fase latente prolongada del trabajo de parto. Se obtuvo que el tiempo promedio para alcanzar la fase activa después de iniciada la conducción fue de 5,08 horas y 80,3 % de las mujeres tuvieron respuesta rápida; mientras que la duración de la fase activa fue de 4,05 horas como promedio. Se demostró la utilidad del nuevo protocolo terapéutico para la distocia de fase latente.

Palabras clave: primer período del parto, distocia de fase latente, trabajo de parto, rotura artificial tardía de membranas.

ABSTRACT

A prospective, longitudinal intervention study, of the 90 pregnant women with prolonged latent phase of labor, from eight hours on, assisted in the Perinatology Service of "Mariana Grajales Coello" and "Juan Bruno Zayas Alfonso" Hospitals in Santiago de Cuba was carried out in the period 2011-2013, with the objective of demonstrating the usefulness of the active treatment with late artificial rupture of membrane, used in the prolonged latent phase of labor. It was obtained that the average time to reach the active phase after initiating the induction was of 5,08 hours and 80,3% of the women had a fast response; while the duration of the active phase was of 4,05 hours as average. The usefulness of the new therapeutic protocol for the dystocia of latent phase was demonstrated.

Key words: first period of labor, dystocia of latent phase, labor, late artificial rupture of membranes

INTRODUCCIÓN

La distocia, de las voces griegas *dustokia*, *dus* (anormal) y *tokia* (parto), define el parto anormal y puede ser consecuencia de muchas anormalidades netas, a veces poco precisas y ocasionalmente combinadas, de donde se infiere que es imposible predecir en términos generales cómo acabará de producirse un parto, teniendo en cuenta los múltiples factores capaces de influir en su desenlace. Por ello, el arte de la obstetricia debe apoyarse sobre bases firmes en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las distocias, lo cual exige aumentar y perfeccionar constantemente los conocimientos acerca de estas y algunas otras irregularidades en el trabajo de parto.¹

La distocia es consecuencia de 4 anormalidades diferentes que pueden ser aisladas o en combinación:²

1. Anormalidades de las fuerzas expulsivas-fuerza uterina insuficiente, coordinación inadecuada para borrar y dilatar el cuello del útero (disfunción uterina) o esfuerzo inadecuado de los músculos voluntarios durante el segundo período del trabajo de parto.
2. Anormalidades de la pelvis ósea materna
3. Anormalidades de la presentación, la posición o el desarrollo del feto.
4. Anormalidades de los tejidos blandos del tracto reproductor que constituyan obstáculos para el descenso del feto.

Pero desde el punto de vista mecánico, estas anormalidades han sido simplificadas en 3 categorías por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG):

1. Anormalidades de las fuerzas
2. Anormalidades relativas al pasante (feto)
3. Anormalidades relativas al pasaje (pelvis)

La fase latente prolongada ha sido considerada como una forma de distocia que por toda una serie de mecanismos desfavorables, afecta la psiquis de la paciente y exige la ejecución de acciones sanitarias encaminadas a atenderla y seguirla más convenientemente.

Entre los diferentes factores causales de la fase latente prolongada figuran: la inmadurez cervical, la inercia uterina primaria, la sedación o la analgesia excesiva, entre otras. Por ello, un factor relacionado con la duración de la fase latente es el estado del cuello uterino, de modo que una mayor madurez de este último al comienzo del trabajo de parto tiende a condicionar una fase latente más breve.⁴

El diagnóstico de fase latente se establece a partir de la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas, unido al borramiento y la dilatación del cuello uterino, que termina al iniciarse la fase activa. La mayor dificultad para valorar el diagnóstico de fase latente es reconocer su comienzo, lo cual llevará a interpretar adecuadamente o no su progresión, duración y la conducta a seguir.⁵

En este medio se ha venido trabajando durante 50 años aproximadamente en la atención a gestantes con fase latente prolongada del trabajo de parto, sobre la base de lo propuesto por Friedman;^{6,7} sin embargo, las observaciones en la práctica obstétrica han revelado que ese intervalo es algo más breve y que los tiempos establecidos por este autor para considerar esta fase prolongada, han influido negativamente en los resultados maternoperinatales.^{4,8}

Considerando los inconvenientes del método terapéutico tradicional y teniendo en cuenta la necesidad de una actuación médica más precoz y basado en la elevada frecuencia de fase latente prolongada del trabajo de parto, los autores consideraron adecuado proponer la utilización de un tratamiento activo que consiste en la conducción con oxitocina a partir de las ocho horas de fase latente y rotura artificial de membranas a las ocho horas de la conducción, método denominado TARAT (tratamiento activo con rotura artificial de membrana tardía),⁴ con vistas a demostrar la eficacia de este proceder terapéutico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y de intervención, de las 90 gestantes con fase latente prolongada del trabajo de parto, a partir de ocho horas, atendidas en el Servicio de Perinatología del Hospital "Mariana Grajales Coello" y "Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde 2011 hasta 2013, con el objetivo de demostrar la utilidad del tratamiento empleado en la fase latente prolongada del trabajo de parto. Para ello se escogió a las que fueron asistidas, luego de haber cumplido con los criterios de inclusión y de exclusión, lo cual permitió homogeneizar la muestra.

- Criterios de inclusión
 - Diagnóstico intrahospitalario de fase latente prolongada del trabajo de parto
 - Embarazo a término
 - Feto único
 - Presentación cefálica
 - Desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto
 - Pruebas de bienestar fetal con resultados normales
 - Enfermedades maternas asociadas o inherentes al embarazo, compensadas
 - Consentimiento informado
- Criterios de exclusión
 - Cicatriz uterina
 - Gestorragias
 - Sensibilidad conocida a la oxitocina
- Criterios de salida
 - Complicaciones durante la intervención que implicaran riesgo perinatal no relacionado con el tratamiento.

Una vez incluidas las pacientes en el estudio, se recogieron variables de interés específico, tales como: edad materna y gestacional, paridad; pero prospectivamente se registraron otras como: nivel de riesgo, tiempo de fase latente, dinámica uterina, características cervicales, tiempo de fase activa y momento de rotura de las membranas. Luego de alcanzada la fase activa se determinaron los prototipos de parto disfuncional, el empleo de oxitocina en fase activa, así como el tipo de parto; y después de ello, las características del líquido amniótico, el peso del recién nacido, la morbilidad materna y la morbilidad neonatal.

- Nivel de riesgo
 - Nivel I: hasta 8 horas de duración si no presenta factores de riesgo materno perinatales.
 - Nivel II: hasta 8 horas de duración y presenta factores de riesgo.
 - Nivel III A: cuando alcanza las 8 horas de fase latente y no ha iniciado fase activa, sin factores de riesgo asociados.

- Nivel III B: cuando alcanza las 8 horas de fase latente y no ha iniciado fase activa, con factores de riesgo asociados.
- Características cervicales: se utilizó el test de maduración cervical modificado, empleado en este medio, de acuerdo con las categorías siguientes: 5, 6, 7, y 8, donde:
 - Test de 6 puntos o más: cérvix maduro
 - Test menor de 6 puntos: cérvix inmaduro
- Tiempo de fase latente (en horas): para precisar el tiempo de fase latente se midió la dinámica uterina cada una hora y se planificó la especuloscopia cada 3, pero se realizó cada una o 2 horas cuando la valoración de la dinámica uterina así lo exigió, teniendo en cuenta, además, la paridad.
- Fase activa: se consideró como la segunda fase del período de borramiento y dilatación, comprendido entre 4 - 10 cm y se determinó su tiempo promedio en horas.
- Evaluación de la respuesta:
- Variable principal: tiempo para iniciar la fase activa.

Se definió como la variable principal, partiendo del hecho de que el objetivo del tratamiento utilizado en la fase latente prolongada fue alcanzar la fase activa en el menor tiempo posible, de modo que ello sería más eficaz mientras más rápido esto se produjera.

Esta se categorizó como sigue: rápida (hasta 4 horas), intermedia (entre 5 y 8 horas), lenta (entre 9 y 12 horas) y sin respuesta: (cuando no pasó a la fase activa después de cumplido el tratamiento).

- Tratamiento administrado
 - Cuando se alcanzó las 8 horas de fase latente de trabajo de parto y no se había alcanzado la fase activa, se planteó fase latente prolongada y se actuó según flujograma de riesgo, para los niveles IIIa y IIIb.
 - A partir de ese momento, se estableció la modalidad de tratamiento activo: TARAT (tratamiento activo más rotura artificial de membranas tardía = oxitocina más RAM a las 16 horas).
 - La conducción se realizó con oxitocina, según respuesta contráctil, con la cantidad mínima e individualizando a cada paciente. Se comenzó con 0,5 – 1 mU y se fue aumentando 1 mU cada 30 minutos, hasta llegar a 8.
 - A las 8 horas de conducción con oxitocina, si no inició la fase activa, se realizó amniotomía, es decir al cumplir las 16 horas de fase latente.
 - Se mantuvo la conducción con oxitocina durante 4 horas más, para un total de 12 horas de conducción y 20 de fase latente.
 - Cuando no se alcanzó la fase activa, se realizó la cesárea, con el diagnóstico de fase latente prolongada persistente.

- Criterios de éxito y fracaso

- Criterio de éxito: pasar a la fase activa
- Criterio de fracaso: no iniciar dicha fase, cesárea por fase latente prolongada persistente y complicaciones relacionadas con el método

Los resultados se presentaron en forma de tablas, se asociaron variables cualitativas (porcentajes y tasas) y se resumieron medidas de tendencia central para variables cuantitativas: media aritmética (\bar{X}), mediana (Me) y moda (Mo). En los casos de variables cualitativas, la validación se hizo a través de la prueba de Ji al cuadrado y se trabajó con un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa el predominio de las pacientes de 20- 24 años (38,7 %), así como de la edad gestacional promedio de 39 semanas (31,2 %). En cuanto a paridad, se presentó en 82,2% de las nulíparas y el test cervical fue favorable en 71,1 % de las gestantes. El nivel de riesgo IIIB, o sea, gestantes con enfermedades asociadas, prevaleció en 70,0 % de las integrantes de la serie.

Tabla 1. Pacientes según variables de interés

Variables	Valor	%
Edad materna	20-24 años	38,7
Edad gestacional (promedio)	39 semanas	31,2
Nulíparas	74	82,2
Test cervical favorable	64	71,1
Nivel de riesgo (III B)	63	70,0

Como se muestra en la tabla 2, la moda (el valor que más se repitió) fue de 3 horas y la mediana de 4 horas; sin embargo, el tiempo promedio para alcanzar la fase activa después de iniciada la conducción con oxitocina resultó ser de 5,08 horas. Esta media estuvo afectada por los valores extremos que se observan, con un rango entre 1 y 12 horas.

Tabla 2. Tiempo de inicio de fase activa con oxitocina

Tiempo (en horas)	Frecuencia	Frecuencia acumulada	%	% acumulado
1	6	6	6,7	6,7
2	10	16	11,1	17,8
3	24	40	26,6	44,4
4	15	55	16,7	61,1
5	10	65	11,1	72,2
6	8	73	8,9	81,1
7	2	75	2,2	83,3
8	2	77	2,2	85,5
10	3	80	3,3	88,8
11	1	81	1,1	89,9
12	7	88	7,8	97,7
13	2	90	2,2	100,0

Media: 5,08 horas por paciente; DE: 2,83

Moda: 3 horas; Mediana: 4 horas

En la serie (tabla 3), 80,3 % de las pacientes con cérvix favorable, tuvieron una respuesta rápida al uso de la oxitocina y 54,5 % intermedia (entre 5 y 8 horas). La prueba de Ji al cuadrado resultó significativa. Los cérvix favorables tienen un nivel de respuesta más rápido que los desfavorables, con un nivel de error menor de 5 %.

Tabla 3. Tipo de respuesta según características del cérvix

Tipo de respuesta	Cérvix desfavorable		Cérvix favorable		Total	%
	No.	%	No.	%		
Rápida (hasta 4 horas)	11	19,6	45	80,3	56	62,2
Intermedia (5-8 horas)	10	45,4	12	54,5	22	24,4
Lenta (9 y 12 horas)	3	25,0	9	75,0	12	13,3
Total	24	100,0	66	100,0	90	100,0

$p < 0,05$

El tiempo promedio para iniciar la fase activa, una vez iniciada la conducción con oxitocina (tabla 4) fue de 5,08 horas, para un tiempo promedio total de fase latente de 13,0 horas; también se observa la brevedad de la duración de la fase activa, que solo fue de 4,05 como promedio.

Tabla 4. Tiempo de fase latente, inicio de fase activa y fase activa

Fases	Promedio (en horas)	DE
Tiempo total de fase latente	13,0	2,8
Tiempo de inicio de fase activa	5,08	2,83
Tiempo de fase activa	4,05	2,25

En la tabla 5 se aprecia que 60,0 % de las pacientes no necesitó oxitocina en fase activa, así como el predominio del parto eutócico en 69 gestantes (76,6 %). Por otra parte, 84,4 % no necesitó la rotura artificial de las membranas y las 90 pacientes atendidas, iniciaron fase activa, lo cual fue considerado un criterio de éxito. No hubo fracaso con el método empleado.

Tabla 5. Pacientes según variables de interés

Variables	No.	%
No necesitaron oxitocina en fase activa	54	60,0
Necesitaron rotura artificial de membranas	14	15,5
No necesitaron rotura artificial de membranas	76	84,4
LA claro	58	64,4
Parto eutócico	69	76,6
Criterio de éxito	90	100,0

DISCUSIÓN

Conceptualmente, el diagnóstico de la fase latente deviene asunto controvertido, pero lo más aceptado es que se inicia desde la aparición de una dinámica regular con modificaciones cervicales hasta el comienzo de la fase activa.^{1,5}

Para diagnosticar el inicio del trabajo de parto se han emitido varios criterios: primero, se impone instruir a las pacientes para que cuantifiquen las contracciones dolorosas durante un lapso especificado, de manera que cuando estas se tornan regulares, ha comenzado el trabajo de parto; segundo, según obstetras irlandeses, es preciso internarlas en una unidad de trabajo de parto.^{1,4,5}

En el *National Maternity Hospital Dublin* se codifican criterios de hospitalización, a partir de los cuales se definen el tiempo y la preparación para el parto sobre la base de contracciones uterinas dolorosas y regulares, unidas a uno de los siguientes elementos: rotura de membranas, pérdida hemática escasa y borramiento cervical. En otros medios, el tiempo de trabajo de parto está dado por el estado de dilatación al momento del ingreso. De estos conceptos se derivan los que incluyen la fase latente en el tiempo total del trabajo de parto, de manera que lo prolongan, y los que la excluyen, de forma que lo reducen.^{1,4,5}

Según los criterios de algunos autores, la fase latente prolongada se presenta en nulíparas y múltiparas de la manera siguiente: para Sokol,¹⁰ en 3,6 y 4,2 % (en ese orden), para Chelmow,¹¹ en 6,5 % (independientemente de la paridad) y para Friedman y Sachtleben,^{6,7} en 1,45 y 0,33 % y asociado a otras alteraciones del parto, en 2,31 y 0,44 %; para Maghoma,¹² en 5,9 % (independientemente de la paridad).

Baillit,¹³ en su estudio de 2 697 mujeres en fase latente, halló un predominio de nulíparas en 51 %.

Para Peisner,¹⁴ quien realizó un análisis de regresión multivariable, la duración de la fase latente del trabajo de parto depende del estado del cuello al ingreso, lo cual significa que una múltipara puede progresar tan lentamente como una nulípara si ambas muestran pocos cambios cervicales al ser hospitalizadas.

Nápoles Méndez,⁸ al utilizar el tratamiento activo con misoprostol, obtuvo un tiempo promedio para iniciar la fase activa de 3,7 horas, mucho menor que con oxitocina, como en el presente estudio; sin embargo, al comparar este método con el convencional del mencionado trabajo, el tiempo obtenido para pasar a fase activa en esta serie resultó menor, puesto que en el convencional fue de 8,6 horas.

Se plantea que las múltiparas con cuello maduro no tienen porqué pasar a una fase latente prolongada, por lo cual se aconseja observar a la embarazada durante 4 horas aproximadamente y prescribir oxitocina si no progresa hacia la fase activa; régimen considerado bueno por sus defensores, dado a un menor tiempo desde que comienza la asistencia hasta que se llega a la fase activa como tal. Los partidarios de esta conducta se niegan a mantener esperando a las múltiparas con cuello maduro para "satisfacer" el diagnóstico de fase latente prolongada e incluso aconsejan con mucha cautela el empleo de este método en nulíparas con cuello favorable.¹¹

En este mismo hospital, se realizó un estudio de caracterización de la fase latente del trabajo de parto, en 2 335 gestantes, donde se demostró que 85,2 % de ellas pasaban a la fase activa antes de las 8 horas, de modo que se consideró la fase latente como prolongada a partir de las 8 horas de evolución sin pasar a la fase activa. Este grupo de embarazadas

formó parte de un estudio donde se aplicó el tratamiento activo no invasivo de (TANIE) con el uso de misoprostol, en dosis de 25 µg cada 6 horas. El citado medicamento actúa sobre la resistencia cervical, considerada la causa principal de fase latente prolongada (tratamiento de base etiológica). Con esta terapéutica se redujo en 50 % el tiempo en que las pacientes en fase latente prolongada pasan a la fase activa, de modo que comparado con el método convencional ha disminuido la incidencia de distocia en fase activa y el indicador cesárea, así como mejorado los resultados materno-perinatales.^{3,15}

En un estudio comparativo de 213 mujeres con fase latente prolongada, Nachum *et al*,¹⁶ emplearon 4 formas de intervención: en el primer grupo se utilizó amniotomía; en el segundo, oxitocina; en el tercero, oxitocina más amniotomía y el cuarto evolucionó espontáneamente. Obtuvo una reducción media de 120 minutos en el grupo que usó oxitocina con amniotomía y de 180 minutos comparado con el grupo control. Cuando se empleó la combinación de oxitocina con amniotomía se redujo significativamente el tiempo de fase latente y de comienzo de fase activa.

Varios autores^{17,18} sostienen criterios controvertidos en relación con la rotura de membranas, pues algunos opinan que no es útil y debe evitarse en aquellas gestantes con fase latente prolongada. Se argumenta además que cuando el obstetra decide emplear dicha técnica, está obligado a terminar el parto en un tiempo razonable y puede, incluso, potenciar una sepsis; sin embargo, la amniotomía es un método defendido por algunos seguidores de un régimen de tratamiento activo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un régimen de tratamiento activo con oxitocina y amniotomía temprana.⁹ Por su parte, Rouse *et al*,¹⁹ llevaron a cabo un estudio aleatorizado y hallaron que el agregado de amniotomía a la conducción con oxitocina acortó el trabajo de parto en 44 minutos.

Sokol *et al*¹⁰ señalaron que si la fase latente tiene una duración media de 8,6 horas en nulíparas, vale la pena recordar este promedio para comenzar a utilizar oxitocina a partir de 9 horas; y si a las 18 horas no progresa hacia la dilatación, pudiera valorarse la posibilidad de una cesárea.

En una revisión publicada en Cochrane durante 2009,²⁰ se notificaron 12 estudios que incluyeron 7 792 gestantes y se encontró que la intervención temprana con amniotomía y oxitocina estuvo relacionada con la reducción de cesáreas, así como también con la disminución del tiempo de trabajo de parto.

El parto disfuncional, incluido por la OMS en el parto obstruido, es causa de 8 % de la mortalidad materna en el mundo.⁹ Así, la utilización de diferentes protocolos con modalidades de tratamiento activo para tratar la fase latente prolongada del trabajo de parto, está encaminada a mejorar los resultados materno-perinatales, como parte de las acciones para garantizar un parto seguro.¹⁵

Se demostró una mayor eficacia con el nuevo protocolo terapéutico para la fase latente prolongada del trabajo de parto, con el tratamiento activo con rotura artificial tardía de membranas (TARAT), mediante el empleo de oxitocina, dado por el rápido inicio de la fase activa, por la duración breve de esta fase y por menos partos distócicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Méndez D, Cutié León ER. Nuevo protocolo diagnóstico y terapéutico en la distocia de fase latente del trabajo de parto [tesis doctoral]. 2008. Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello", Santiago de Cuba [citado 12 Mar 2013].
2. Cunningham FG, Kenneth L, Leveno SL, Blom JC, Hanth LC. Distocia: Trabajo de parto anormal. En: Williams. Tratado de obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.367- 89.
3. Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Socorro Téllez M, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo parto. MEDISAN. 2004 [citado 12 Mar 2013];8(4).
4. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D, Montes de Oca García A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. MEDISAN. 2012 [citado 12 Mar 2013];16(5).
5. Dwight JR, St. John E. Trabajo de parto y parto normal. En: Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología. 9 ed. México, DF: Mc Graw Hill; 2003:53-82.
6. Friedman EA. Labor in multíparas. A graphicostatistical analysis. J Am Acad Obst Gynecol. 1956;8(6):691-703.
7. Friedman EA. Primigravid labor. A graphicostatistical analysis. J Am Acad Obst Gynecol 1955; 6(6):567-89.
8. Nápoles Méndez D. Nueva modalidad terapéutica en la distocia de la fase latente del trabajo de parto. MEDISAN. 2005 [citado 12 Mar 2013]; 9(4).
9. Progreso insatisfactorio del trabajo de parto. En: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetrices y médicos. Ginebra: OMS; 2002:63-74.
10. Sokol RJ, Brindley BA. Diagnóstico y tratamiento del trabajo de parto anormal. En: Danforth. Tratado de obstetricia y ginecología. 6 ed. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p.617-71.
11. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. Obstet Gynecol. 1993;81(4):486-91.
12. Maghoma J. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. J Obstet Gynaecol. 2002;22(1): 16-9.
13. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005;105(1): 77-9.
14. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. Obstet Gynaecol. 1985;66(5):644-8.
15. Nápoles Méndez D. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006 [citado 12 Mar 2013];32(2).

16. Nachum Z, Garmi G, Kadan Y, Noah Z, Shalev E, Salim R. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010;8:136.
17. Rolland Souza A, Ribeiro Costa AA, Coutinho I, Noronha N, Ramos Amorim MM. Induction of labor: concepts and particularities. *Femina*. 2010;38:4.
18. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carroll G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. En: *The Cochrane Library*. 2007 [citado 9 Mar 2012]; (3).
19. Rouse DJ, Landon M, Leveno KJ. The maternal- fetal medicine units cesarean registry: chorioamnionitis at term and its duration - relationship to outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(1):1-2.
20. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 [citado 9 Mar 2012]; 15(2).

Recibido: 16 de octubre de 2014.

Aprobado: 16 de octubre de 2014.

Daniilo Nápoles Méndez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: danilon@medired.scu.sld.cu