

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ⁷⁹



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

USO DE LA N- BUTIL BROMURO DE
HIOSCINA EN LA FASE ACTIVA DEL
PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE
PARTO.

TESIS CON
VALOR DE CREDITO

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. JOSE FELIPE MOLINA SIERRA

Asesores: Dr. Ignacio Flores Sánchez
Dr. Salvador Robert Uribe



MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Resumen	1
Introducción	2
Generalidades	4
Material y Métodos	11
Resultados	13
Discusión	15
Gráficas	21
Conclusiones	32
Bibliografía	33

RESUMEN

Se realizó un estudio en el Hospital Regional 20 de Noviembre del -- I.S.S.S.T.E. , en el período comprendido del 15 de Abril al 15 de Octubre de 1991 . Se trató de comparar el uso de la N-Butilbromuro de Hioscina en la fase activa del trabajo de parto en contra de un grupo testigo para el cual se utilizó placebo . El estudio fué al azar y a -- doble ciego , En el grupo problema hubieron 38 pacientes y en el testigo 37 . Todas las pacientes tuvieron homogeneidad en su selección . La edad promedio fue de 24.4 años para el grupo problema y 25.2 años para el grupo testigo . No hubo diferencia con respecto a la edad gestacional , La duración de la fase activa del trabajo de parto fue de 240,7 min en promedio para el grupo de estudio y 314 ,7 min para el testigo , P menor de 0.00.1 . La vía de atención fué en la mayoría de las ocasiones vaginal en ambos grupos . No hubo diferencia en el período expulsivo ni en el peso de los productos . Aunque la incidencia de ruptura prematura de membranas fué similar en ambos grupos , los resultados no fueron similares , ya que en las pacientes que hubo RPM y aplicación del fármaco la duración de la fase activa del T de P fué más breve . No hubieron efectos adversos importantes .

I N T R O D U C C I O N

El parto es el proceso por el cual el útero expulsa los productos de la concepción , más o menos en el momento adecuado , de forma que el recién nacido pueda existir semiindependiente de la madre . El factor o factores que inician el trabajo de parto sigue constituyendo uno de los más importantes misterios de la Biología que aún no han podido resolverse ; e igualmente es obscuro e intrigante que el útero aloje tan eficazmente al feto durante 9 meses sin expulsarlo . (1)

La introducción de técnicas para evitar el dolor a la parturienta , - encontró la oposición de la iglesia y los médicos , que consideraban -- que el dolor del parto era fisiológico y que era inmoral tratar de evitarlo . Actualmente esa creencia es parte de la Historia de la Obstetricia y se han procurado técnicas para abreviar dicho dolor y acortar la duración del trabajo de parto , motivo por lo cual se han utilizado varios fármacos para este fin . (1)

La N-Butilbromuro de Hioscina ha demostrado que es un efectivo relajante del músculo liso y bloqueador de receptores muscarínicos.(2) -- Se ha utilizado en forma hasta cierto punto empírica para acortar la fase activa del primer periodo del trabajo de parto , agilizando por lo tanto la estancia de las pacientes en el servicio de labor .

Siendo el Hospital 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. un Hospital de -- concentración y por lo tanto un centro en el cual se maneja un número -- importante de pacientes , es necesario contar con recursos , que nos -- permitan agilizar la estancia de ellos , preservando seguridad en el binomio materno fetal y poder llegar a un feliz termino de la gestación .

OBJETIVOS

- Valorar si la N-Butilbromuro de Hioscina acorta la fase activa del primer periodo del trabajo de parto , en comparación a un grupo - testigo.

- Observar si hay efectos adversos tanto en la madre como en el producto una vez administrado el fármaco problema.

- Comparar las calificaciones de APGAR en los productos de ambos grupos .

GENERALIDADES

La meta reconocida y objetiva de la asistencia obstétrica es alcanzar los resultados óptimos del embarazo , tanto para la madre como para el producto , y en ningún momento de la gestación se concentra tanto la posibilidad de ayuda para mejorar el pronóstico del binomio como durante el parto , (3)

Es bien sabido que los parametros más fidedignos para valorar la progresión del trabajo de parto son : la dilatación cervical y el descenso de la presentación .

Friedman fué quien inicialmente determinó las curvas normales de la evolución del trabajo de parto , expresando gráficamente la dilatación cervical (Curva sigmoidea) y descenso de la presentación (Curva hiperbólica) en función al tiempo , desde el inicio de la actividad uterina más o menos regular , hasta la resolución del parto . (3 , 4)

FASE DE DILATACION ACTIVA .

Se inicia cuando el cuello comienza a dilatarse , a menudo con gran rapidez . Se divide en fase de aceleración , inclinación máxima y desaceleración . La inclinación máxima inicia con 4 cm de dilatación. La velocidad promedio de dilatación es de 1.2 cm/ Hr en la multipara y de --- 0,8 cm / Hr en la nulipara ,

Siempre ha sido una preocupación para el obstetra encontrar factores que acorten el trabajo de parto , por eso varios investigadores han estudiado desde hace tiempo el efecto de diversos fármacos con la idea de abreviar el primer periodo del T de P y conseguir una dilatación cervical rápida sin afectar al binomio madre - feto .

El valorar adecuadamente la dilatación del cuello uterino durante el progreso del parto constituye un factor de gran importancia , Friedman - calculó clínicamente la curva tipo de dilatación tanto en primíparas como en multiíparas . (5)

Hay medicamentos como la Oxitocina , Prostaglandinas y Mifepristone - que acortan el primer periodo del trabajo de parto , pero producen cambios en el tono , intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas , esto podría redundar en una alteración del binomio materno fetal . (3,4) Por ello siempre ha sido del interés del Obstetra la idea de conseguir un fármaco, que acorte el primer período del trabajo de parto a expensas de la dilatación , pero sin producir cambios en las contracciones uterinas , ya que el incremento de la frecuencia , tono e intensidad reduciría los inter cambios maternos fetales , lo que originaría sufrimiento fetal agudo. (5)

Para abreviar el trabajo de parto , como ya mencionamos antes se han hecho múltiples estudios ; uno de ellos es sobre la amniotomía temprana , esto en base a una antigua creencia de que la amniotomía temprana influye favorablemente para el acortamiento del trabajo de parto , para ello una - de las teorías es la liberación de las prostaglandinas endógenas , otra - teoría sería la presión que ejerce la cabeza fetal sobre el cuello uterino (6 , 7 ,) , sin embargo de múltiples estudios que se han efectuado , los resultados no siempre han sido positivos , por ejemplo un análisis - realizado en enero del presente año en el Canada , reporta no encontrar - diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la duración del primer periodo del trabajo de parto . (8)

También se han hecho otros estudios con prostaglandinas , las cuales - reportan un gran efecto sobre la maduración cervical y un acortamiento -

del trabajo de parto , sin embargo es justo mencionar que se han asociado a efectos adversos tales como polisistolia , sufrimiento fetal y en algunas ocasiones a desprendimiento prematuro de placenta e incluso a muerte fetal . (9 , 10 , 11 , 12)

En Francia se ha utilizado recientemente el Mifepristone (RU 486) para la inducción del trabajo de parto en pacientes con cervix desfavorable . Este medicamento ha sido utilizado para producir abortos del primer trimestre . Un estudio efectuado en mujeres con embarazo a término no demuestra una aceptable eficacia para la inducción del trabajo de parto , no se mencionan efectos colaterales , sin embargo se podría decir que es poca la experiencia con este fármaco , ya que el único estudio reportado se basa en solo trece pacientes . (13)

Igualmente en Francia se ha probado la eficacia del Carboxilato magnésico de Pirrolidona en las distocias cervicales . Hay que aclarar que la utilidad de los espasmolíticos en la distocia cervical durante el trabajo de parto es muy discutida . El estudio al que hago mención es efectuado a doble ciego contra placebo . Se dividieron 48 pacientes en dos grupos . El estricto criterio de inclusión y la homogeneidad de los dos grupos de pacientes permitió encontrar que el uso de esa particular sal magnésica reduce significativamente la estancia en el servicio de Labor .

Consecuentemente los autores aseguran que el trabajo de los espasmolíticos no solamente tiene un efecto de placebo , lo cual es sostenido por otros autores . (14)

Desde hace mucho tiempo se conoce en nuestro medio el empleo de la N-Butilbromuro de Hioscina para abreviar la fase activa del trabajo de parto , sin embargo se ha escrito muy poco sobre la utilidad de este fármaco en Obstetricia . Para conocer el mecanismo de acción de este me

-dicamento es necesario recordar su origen y la Anatomía y Fisiología del cuello uterino .

HIOSCINA .

Las drogas de la Belladona tienen una amplia distribución en la naturaleza . Atropa de Belladona da principalmente el alcaloide Atropina . El alcaloide Escopolamina (Hioscina) se encuentra principalmente en el arbusto Hyoscyamus Niger y Scopolia Carniolica .

Son esteres orgánicos formados por la combinación de un ácido Aromático , el ácido trópico y las bases orgánicas complejas : tropina y escopina .

La acción principal de los agentes antimuscarínicos es un antagonismo competitivo con las acciones de la ACh y otros agonistas muscarínicos. Los receptores afectados son los de las estructuras periféricas que se estimulan o se inhiben con muscarina , es decir las glándulas exócrinas y el músculo liso y cardíaco . (2)

La atropina y la Escopolamina difieren cuantitativamente en sus acciones antimuscarínicas . La escopolamina tiene acción más potente sobre el iris , el cuerpo ciliado y algunas glándulas secretorias (salivales , bronquiales y sudoríparas) , pero la atropina es más poderosa en corazón , intestino y músculo bronquial y su acción es más prolongada .

La Hioscina en dosis terapéuticas causa normalmente somnolencia , amnesia , fatiga y sueño tranquilo sin pesadillas , con reducción del sueño REM , sin embargo se podría causar ocasionalmente excitación , inquietud , alucinaciones e delirio , especialmente en presencia de gran dolor .

Se puede producir aceleración de la frecuencia cardíaca con dosis -- elevadas de escopolamina , pero dura poco y a los 30 minutos está segui da de un retorno a la frecuencia normal o de bradicardia .

Cuando ha tenido utilidad en el trabajo de parto como analgésico , - se ha visto que no interfiere ni altera las contracciones uterinas ; au n que la droga atraviesa la barrera placentaria , aparentemente el feto no sufre efectos desfavorables y la respiración del recién nacido no se de prime .

Puede existir aumento de la temperatura corporal secundaria a la admi nistración de alcaloides de Belladona , pero esto es generalmente signi ficativo despues de dosis elevadas . (2)

ANATOMIA DEL CERVIX .

El cuello es la porción del Útero que se encuentra por debajo del -- istmo , la inserción de la vagina lo divide en porción supravaginal y - vaginal . Lateralmente se encuentra adherido por los ligamentos cardina les y la cara anterior queda separada de la vejiga por tejido conecti vo laxo . El orificio externo se localiza en la extremidad inferior de la porción vaginal del cuello , esto es en la Portio Vaginallis . El - cervix esta inervado por ramos procedentes del plexo de Frankenhauser, en el cual se encuentra un ganglio grande situado a los lados del cue- llo uterino . El plexo recibe ramos procedentes del plexo hipogástrico que a su vez se origina en el nervio presacro . (6,15)

El cuello uterino esta compuesto predominantemente de tejido coláge- no y elástico , así como de algunas fibras musculares lisas y vasos san guíneos . La transición del tejido conectivo , pricipalmente colágeno del cuello al tejido muscular del cuerpo , aunque por lo general es sú-

-hita , puede ser gradual y extenderse hasta 10 mm . Buckingham y cols . (1965) cuantificaron la cantidad de músculo y colágena que existe en el cuello uterino . En el cervix normal , el tejido muscular era aproximadamente del 10 % ; en los cuellos incompetentes la porción del músculo es apreciablemente mayor . (6)

APLICACIONES DE N- BUTILBROMURO DE HIOSCINA .

Se han hecho varios estudios de este fármaco y los resultados siempre se han reportado favorables para abreviar la fase activa del trabajo de parto . No se han reportado efectos adversos importantes ni para el producto ni para la madre . Hay que mencionar que la vía de administración y la metodología han sido diferentes en casi todos los estudios , ya que se ha administrado tanto por vía oral , intracervical e intramuscular . Con respecto a la metodología , se administró tanto en múltiparas como en nulíparas , así como en trabajo de parto y sin él . (5,16,17)

La acción del N - Butilbromuro de Hioscina sobre la fibra muscular del cervix humano , ha sido estudiada por Villar Domínguez y Slocker -- Castro . Estos autores españoles llegan a la conclusión de que el N-Butilbromuro de Hioscina , administrado aisladamente en las fibras musculares del útero ingrávido , no produce acción directa sobre estas , no interfieren en la acción occitócica , contrarresta la acción de la acetil colina (aumento del tono y frecuencia de las contracciones con la amplitud disminuida) ; contrarresta el efecto pilocarpínico (aumento de la frecuencia de las contracciones sin alterar el tono) ; no ejerce acción musculotropa directa , actuando exclusivamente sobre el componente neurogénico parasimpático de la contracción .

La experiencia recogida por su uso en Obstetricia es amplia . Se uti

-liza en el periodo de dilatación para resolver espasmos del segmento inferior y cuello , consiguiendose no solamente evitar un atraso del parto , si no acortar el periodo de dilatación en dos o tres horas . - De manera indirecta intensifica las contracciones pudiendo administrarse cuando estan debilitadas o son irregulares , por su evidente efecto coordinador de las mismas .

En la retención de la placenta , sobre todo cuando es debida a un trastorno espástico ya sea del cuello o del segmento inferior , su empleo ofrece óptimos resultados . (16)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo , transversal , experimental , comparativo y abierto , en un periodo comprendido del 15 de Abril al 15 de Octubre de 1991 , efectuandose en el servicio de Labor del Hospital Regional " 20 de Noviembre " del I.S.S.S.T.E de la ciudad de México , con un tamaño de la muestra de 84 pacientes , de las cuales 42 formaron un grupo testigo y las restantes el grupo problema . Los criterios de inclusión son los siguientes : Primigestas en edad de 16 a 35 años , con embarazo a termino (37 a 41.6 SDG) , con presentación de vértice, sin factores que contraindiquen el trabajo de parto y que no hayan tenido antecedentes de hipersensibilidad a la administración de N - Butilbromuro de Hioscina . No fué requisito tener amnios integro . La elección de las pacientes fué hecha al azar por los residentes del servicio . El estudio fué a doble ciego .

Al grupo problema se le administró N - Butilbromuro de Hioscina por vía intravenosa , administrando 20 mg cada 2 horas , con un máximo de 4 dosis , se inicio la administración cuando las pacientes contaban con 4 cm de dilatación , así mismo se les proporcionó infusión continua de oxitocina a dosis respuesta , iniciando con 2.5 miliuidades por minuto hasta regularizar la actividad uterina , al llegar a 5 cm de dilatación se les proporcionó analgesia obstétrica con bloqueo peridural , se vigilaron los incidentes del trabajo de parto en su fase activa y la duración de éste .

El grupo testigo fué del mismo número de pacientes y contó con los mismo requisitos , se administró oxitocina al igual que la analgesia -

obstétrica de la misma forma que para el grupo problema , a diferencia en este grupo se administró placebo en lugar de la N-Butilbromuro de -- Hioscina , siendo en el mismo intervalo de tiempo . Se observaron incidentes y tiempo de evolución de la fase activa del trabajo de parto y - posteriormente se compararon ambos grupos .

Las variables a estudiar fueron : edad , edad gestacional , duración de la fase activa del trabajo de parto , vía de atención , duración del segundo periodo , peso del producto , antecedente de ruptura prematura de membranas , coexistencia de sufrimiento fetal agudo detectado en forma clínica , valoración de APGAR a los 5 y los 10 minutos , efectos adversos maternos o fetales . Todos los datos se recolectaron en hojas -- que previamente se depositaron en labor . Los resultados, se analizaron por medio de la Chi cuadrada , T de Student y análisis de Fisher . No se realizó registro cardiotocográfico externo .

Se eliminaron 5 pacientes del grupo testigo y 4 del grupo problema, - estas nueve pacientes fueron eliminadas por no haber terminado el pe-- riodo de dilatación ya que ameritaron interrupción del embarazo por la vía abdominal . La muestra quedó en 37 pacientes de un grupo testigo y 38 pacientes del grupo problema .

RESULTADOS

El total de la muestra fué de 42 pacientes para un grupo Problema y 42 pacientes para el grupo Testigo . Del grupo problema se excluyeron 4 pacientes ya que estas fueron intervenidas de Cesarea antes de haber concluido la dilatación . Tres de ellas por sufrimiento fetal agudo , que se asoció a circular de cordón apretada a cuello , la otra paciente presento falta de progreso del trabajo de parto .

Del grupo testigo se excluyeron 5 pacientes por la misma causa , tres por falta de descenso de la presentación ; una de ellas por variedad -- occipito posterior persistente , otra por deflexión de la cabeza y la otra por distocia de contracción . Las otras dos pacientes por SPA .

Todas las pacientes incluidas fueron primigestas . Fueron 38 pacientes en el grupo de Estudio y 37 pacientes en el grupo Testigo .

Del grupo de estudio el promedio de edad fué de 24.4 años con un -- rango de 17-34 años . El grupo Testigo presento un promedio de 25.2 -- años con un rango de 17-33 años . (GRAPICA 1)

La edad gestacional fué similar para ambos grupos , siendo de 276.3 días para el grupo de estudio y 276.4 días para el grupo testigo. (GRAPICA 2)

La duración de la fase activa en las pacientes a las cuales les fué administrada la N - Butilbromuro de Hioscina , fué de 240.7 minutos en promedio , con un rango de 115 a 410 min , El grupo testigo al cual se le administró placebo empleó un promedio de 314.7 minutos , con un rango de 190 a 630 minutos , (GRAPICAS : 3 y 4)

La ya de atención de las pacientes de estudio se dividió de la mane

-ra siguiente: treinta fueron partos eutócicos (78.9 %) , siete ameritaron Forceps (18.4 %) de los cuales tres fueron electivos , una paciente ameritó cesarea (2.6 %) , El grupo testigo presentó 29 Eutocias (78,4 %) , dos pacientes se intervinieron por la via abdominal (5.4 %) y seis ameritaron Forceps (16.2 %) Tambien en tres ocasiones estos fueron electivos , (GRAFICA 5)

La duracion del segundo periodo fué de 44.4 minutos para el grupo de estudio con un rango de 10-100 minutos , en el grupo testigo se encontró un promedio de 45.6 Minutos . (GRAFICA 6)

El peso de los productos tuvo un promedio de 3,004 gr para el grupo de estudio con un rango de 2,400 - 3,650 gr . En el grupo testigo hubo un promedio de 3,083 gr , con un rango de 2,500 - 3,750 gr . (GRAFICA 7)

La ruptura prematura de membranas como veremos despues tuvo importancia para el desarrollo del trabajo de parto en su fase activa . Se presentó en 11 pacientes del grupo de estudio y en 8 pacientes del grupo testigo , (GRAFICA 8)

Se presentó sufrimiento fetal en tres pacientes del grupo de estudio (7.9 %) y en cuatro pacientes del grupo testigo (10.8 %) . La causa principal fué la presencia de circular de cordón . (GRAFICAS 9 y 10)

Las calificaciones de APGAR a los 5 y los 10 minutos fueron de 7.7 y 8.8 en promedio para el grupo de estudio . Para el grupo testigo se otorgaron 7,6 y 8,7 respectivamente .

Las dosis administradas fueron inversamente proporcionales al tiempo empleado en el trabajo de parto .

No hubieron efectos adversos .

DISCUSION

El promedio de edad fué similar para ambos grupos , siendo de 24.4 -- años para el grupo de estudio y de 25.1 años para el grupo testigo , -- esto es lógico si tomamos en cuenta que todas las pacientes eran primigestas y que en los criterios de inclusión se tomó a pacientes entre los 16 y los 35 años de edad , no hubo estadística significativa entre ambos grupos . VER GRAFICA 1

La edad gestacional igualmente fué muy similar entre ambos grupos , ya que uno de los objetivos era que hubiera homogeneidad en los grupos a estudiar . Hubo un promedio de 276.3 días de gestación para el grupo de estudio y 276.4 para el grupo testigo . La paciente de menos edad -- gestacional fué de 259 días y la duración de su fase activa de trabajo de parto fué de 240 minutos con producto de 2,475 gr, estuvo incluida - en el grupo problema . VER GRAFICA 2

La duración de la fase activa del trabajo de parto , que es la parte medular de este trabajo si fué diferente para ambos grupos . El grupo - problema tuvo un promedio de 240.7 minutos a diferencia del grupo testi- go que tuvo un promedio de 314.7 minutos , esto representa una diferencia de 74 minutos , lo cual analizado por la T de Sudent representa una P menor de 0.0001 , lo cual es estadísticamente significativo. Tal vez no parezca mucho tiempo el que se ahorran estas pacientes , pero si tomamos en cuenta de que se trata de primigestas y de que el estudio solo se basa en la fase activa del primer período de trabajo de parto , entonces si cobra importancia , ya que le ahorra a la paciente más de una hora en promedio de su trabajo de parto , lo cual representa aproximada--

-mente un 20 % menos del tiempo empleado en cualquier otra circunstancia del trabajo de parto normal . El grupo testigo se comportó conforme a lo referido en la literatura , empleando aproximadamente un cm de dilatación por hora . (3 , 4 , 6 , 7 , 17) . VER GRAFICA 3 y 4

Del grupo problema la que menos tiempo empleó en la fase activa del trabajo de parto fué de 115 minutos y la que más tiempo empleó fue 410 minutos , solo en una ocasión se requirió cuatro dosis . Siendo lo más común la utilización de dos dosis . En comparación el grupo testigo - la paciente que tuvo un trabajo de parto más prolongado ameritó 630 minutos , lo cual representa 10 horas y media , tiempo que se traduce en dolor y cansancio para la madre , que al final puede ser importante para el periodo expulsivo . (18 , 19)

Hay que ver que aunque los resultados fueron positivos , no son tan espectaculares como reportan Aispuru y Bueso , quienes reportan ahorro de hasta 4 horas en el trabajo de parto . (16 , 17)

La vía de atención en las pacientes fué similar en ambos grupos . - Un gran porcentaje finalizó en eutocia ; 78.9 % el grupo problema y --- 78.4 % el grupo testigo . Este resultado es engañoso puesto que aparentemente la incidencia de cesarea en nuestro hospital sería baja , cuando en realidad es aproximadamente del 40% . Hay que tomar en cuenta que se incluyeron pacientes ideales para la conducción ya que se han eliminado a las pacientes que presentan cualquier tipo de distocia , así como aquellas pacientes que tengan cesarea previa y desproporción cefalo-pélvica , lo cual juntas representan la principal causa de cesarea . (1 , 6 , 7 , - 20)

En el grupo problema solo se reporta una cesarea y esta fué una paciente que presentó un periodo expulsivo prolongado , motivo por lo ---

se decidió intervenir , la causa fué una variedad occipito posterior persistente , sin que se produzca descenso de la presentación .

Se aplicaron en siete ocasiones Forceps en el grupo problema (4 de Salinas y 3 de Simpson) , tres fueron electivos , ya que es necesario recordar que nuestro hospital cuenta con programa de residencia en la especialidad de Gineco-Obstetricia , los restantes casos de aplicación tuvieron como principal indicación el periodo expulsivo prolongado . En una ocasión se aplicaron por sufrimiento fetal agudo diagnosticado por clínica y que fué secundario a circular de cordón a cuello .

El grupo testigo tuvo una baja incidencia de cesarea , solo se efectuaron dos ; una por falta de descenso de la presentación con dilatación completa y la otra por sufrimiento fetal agudo , que se asoció a doble circular de cordón aprezada a cuello . Los forceps se aplicaron en 6 ocasiones (16.2 %) . Igualmente hubieron tres electivos . Los otros tres casos fueron por periodo expulsivo prolongado. VER GRAFICA 5

El periodo expulsivo tuvo un tiempo similar a los reportes que se refieren en la bibliografía (1 , 5 , 6 , 18) . No hubo diferencia entre ambos grupos ; el grupo problema empleó 44.4 minutos en promedio . El testigo 1.2 minutos más . Esto nos viene a confirmar que el fármaco no interviene en esta etapa del trabajo de parto . VER GRAFICA 6

Los pesos de los productos tampoco fueron estadísticamente diferentes, ya que en ambos grupos se encontró patrones similares . Hubo una diferencia de 79 gramos , el grupo problema tuvo un promedio en el peso de 3,004 gr , contra 3,083 gr del grupo testigo , el peso promedio de nuestros productos es similar a lo reportado por la bibliografía . (1,6)
VER GRAFICA 7

La incidencia del ruptura precoz o prematura de membranas fué similar para ambos grupos , ya que en el grupo de estudio se presentó en 11 pacientes (28.9 %) , y en el grupo testigo en 8 pacientes (21.6 %) .

Lo que si tiene importancia con respecto a la ruptura de membranas temprana es que cuando esta se produjo , las pacientes afectadas de ambos grupos tuvieron una evolución más rápida en su trabajo de parto.

Las pacientes que cursaron con ruptura prematura de membranas y se utilizó N-Rutilbromuro de Hioscina emplearon solo 234.3 minutos en promedio , en cambio las que utilizaron placebo y no contaron con ruptura prematura de membranas emplearon 320.7 minutos en promedio , lo cual habla de una diferencia de casi dos horas . Para valorar estas variables se utilizó la Anova de dos factores y el Test de diferencia significativa mínima de Fisher . Hubo una P menor de 0.008 lo cual es estadísticamente significativo . VER GRAFICA 8

La variable de circular de cordón se presentó en seis ocasiones (15.7 %) en el grupo problema y en cinco ocasiones en el grupo testigo (13.5 %) , no habiendo diferencia estadísticamente significativa en los dos grupos . P mayor de 0.9 . VER GRAFICA 9

Existieron tres casos de sufrimiento fetal agudo diagnosticado por clínica en el grupo problema , motivo por lo cual dos pacientes ameritaron instrumentación , la otra paciente tuvo parto eutócico . En el grupo testigo se presentó sufrimiento fetal agudo en cuatro ocasiones (10.8 %) , sin haber diferencia significativa entre ambos grupos . Todos los casos de sufrimiento fetal agudo se asociaron a la presencia de compromiso funicular . VER GRAFICA 10

Las calificaciones de APGAR fueron similares para ambos grupos , no

encontrándose diferencia significativa . A los 5 y los 10 minutos fueron calificados respectivamente con 7.7 y 8.8 los productos del grupo problema . El grupo testigo promedio 7.6 y 8.7 a los 5 y 10 minutos . Esto arroja una P mayor de 0.9 . El producto que menor calificación de APGAR obtuvo correspondió al grupo testigo y tuvo 4-7 a los 5 y 10 minutos, - la causa fué un expulsivo prolongado con circular de cordón ; fue instrumentado . Considero que un mejor valor pronóstico sería un seguimiento de los productos al año de nacimiento y esto si sería un patrón para valorar posibles efectos adversos de la aplicación de N-Butilbromuro de hioscina durante el trabajo de parto. VER GRAFICA 11

No se observó ningún efecto adverso importante en las pacientes , como para ameritar la interrupcion del estudio , solo una paciente presentó una taquicardia leve no mayor de 100 latidos por minuto y esta fué transitoria . No se observó depresión respiratoria en los neonatos . Desafortunadamente no se efectuó registro cardiotocográfico en las pacientes , para detectar probables alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal , lo cual nos hubiese confirmado los posibles efectos adversos a nivel de la circulación fetal.

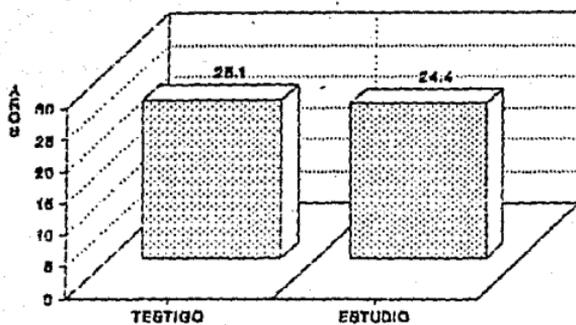
En terminos generales considero que la N-Butilbromuro de hioscina es un fármaco aparentemente inocuo , que al asociarse a un occitócico arroja buenos resultados para abreviar la fase activa del trabajo de parto. Puede ser una opción para el Obstetra en un intento de suprimir horas de dolor y cansancio a la paciente .

Hay otros medicamentos utiles para este mismo fin , pero la desventaja que tienen es una mayor incidencia de efectos adversos , ya que intervienen o afectan la calidad y frecuencia de las contracciones uterinas , pudiendo traducirse esto en sufrimiento fetal . Por ejemplo las

prostaglandinas son altamente eficaces para la maduración cervical y la inducción de un trabajo de parto , pero se asocian a casos de polisistolia , sufrimiento fetal e incluso desprendimiento prematuro de placenta con el consiguiente riesgo para el binomio . (9 , 10 , 11 , 12)

Es justo mencionar que cada fármaco tiene sus indicaciones ; la N-Bu tilbromuro de Hioscina es más útil en la fase activa del trabajo de parto y carece de efectividad en el periodo expulsivo o en fases tempranas del trabajo de parto . Por otra parte su aplicación sin estar asociada a un oxitocico en ausencia de trabajo de parto , no tiene ninguna ventaja . (16)

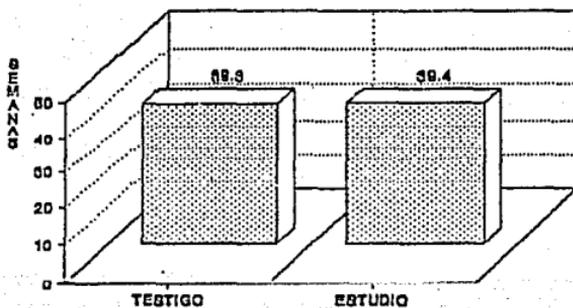
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA
EDAD DE LA PACIENTE



DEL 10 NOV. 1987
JPM

GRAFICA # 1

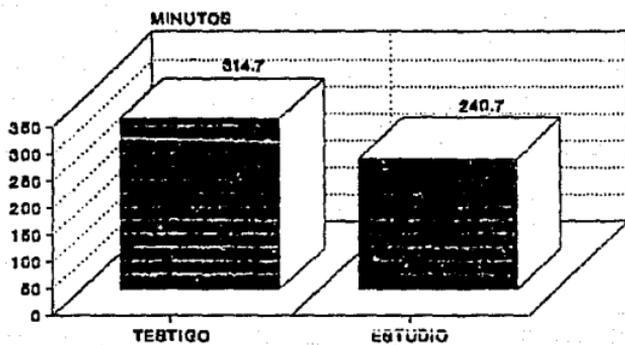
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA EDAD GESTACIONAL



G.M. 30 NOV. 1980
JFMB

GRAFICA # 2

USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOCINA DURACION FASE ACTIVA

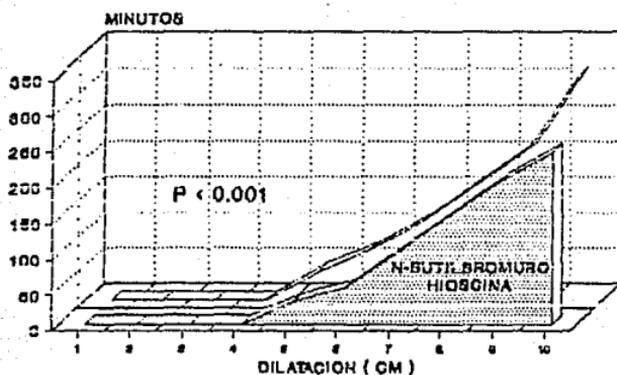


$P < 0.001$

D.J. 20 NOV 1997
JFNB

GRAFICA # 3

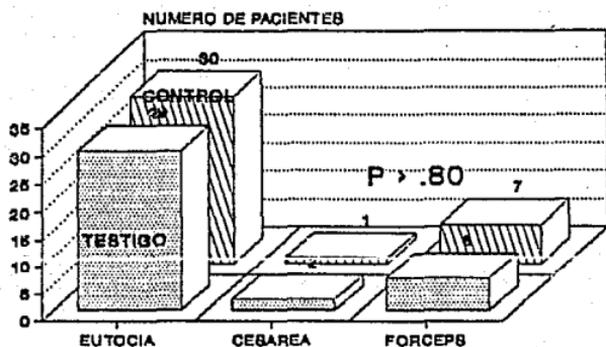
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA DURACION FASE ACTIVA DE T de P



04. 20 NOV. 1987
JFMS

GRAFICA # 4

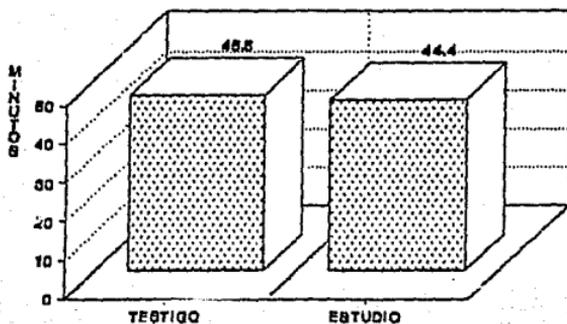
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA VIA DE ATENCION



C.H. 20 NOV 1988TE
JPMB

GRAFICA # 5

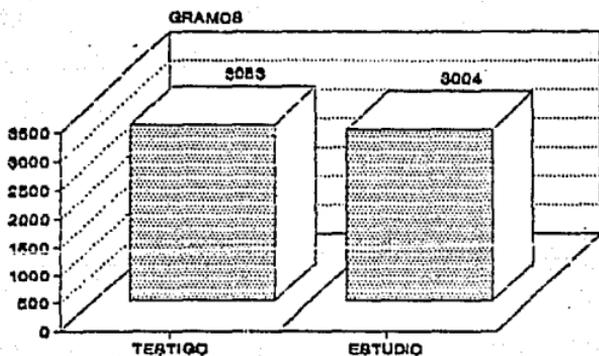
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA
DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO



D.M. 20 NOV. 1988TE
JFM8

GRAFICA # 6

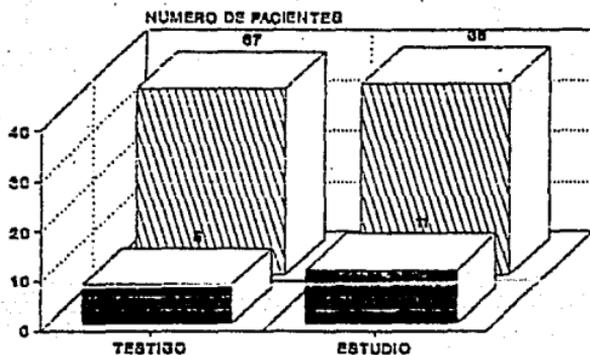
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA PESO DE PRODUCTOS



9 JUL 20 11:04 18 00178
JFMS

GRAFICA # 7

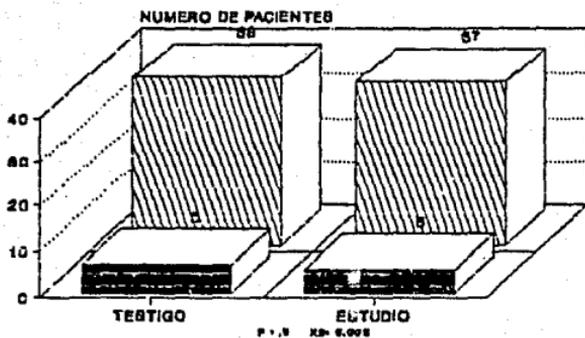
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA INCIDENCIA DE R.P.M.



O.M. 20 NOV. 1982

GRAFICA # 8

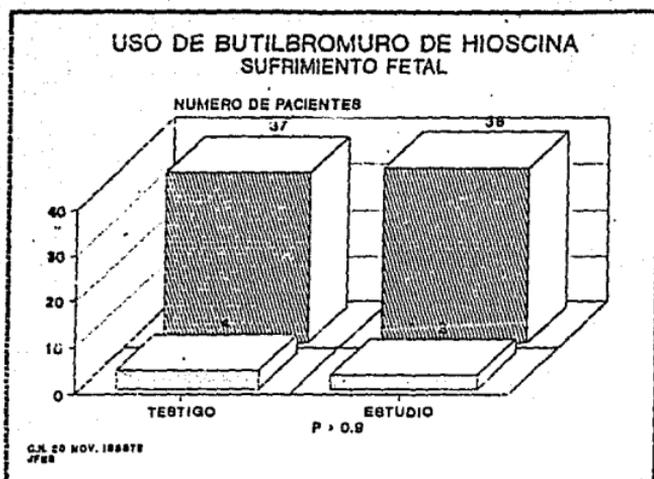
USO DE N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA
INCIDENCIA DE CIRCULAR DE CORDON



O.L. 29 NOV. 1980TB
JFMB

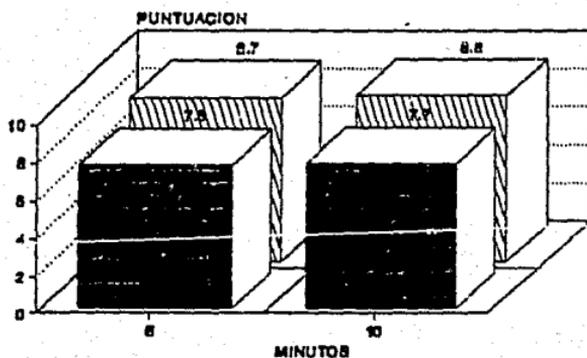
GRAFICA # 9

ESTÁ TIENE DE TERCER
SEMESTRE DE LA RESERVA



GRAFICA # 10

USO DE N-BROMURO DE HIOSCINA CALIFICACION DE APGAR



GAJ. 20 NOV. 1987S
JFMB

GRAFICA # 11

CONCLUSIONES

La N-Butilbromuro de Hioscina es un fármaco aparentemente inocuo tanto para la madre como para el producto . Cuando se asocia a una actividad uterina regular generalmente da buenos resultados , logrando abreviar la fase activa del primer periodo . Se ha escrito muy poco sobre la utilidad de este fármaco en el trabajo de parto y por lo tanto la experiencia demostrada es pobre .

En este estudio encontré buenos resultados para abreviar el periodo de dilatación activa y aparentemente no hubieron efectos adversos importantes tanto para la madre como para el producto . Disminuyendo hasta en un 20 % la duración del periodo de dilatación activa .

Considero que seria de utilidad continuar el estudio , efectuando -- registro cardiotocográfico externo , y un seguimiento posterior al nacimiento que bien podría ser a un año despues de éste . Esto con el fin de demostrar que no se producen efectos adversos en los productos y probar la inocuidad del medicamento , para seguirlo administrando y lograr con ello una reducción del tiempo de trabajo de parto , lo cual repercutiría en ahorro de dolor y cansancio para la madre , aunando seguridad para el producto .

También sería de utilidad excluir las pacientes con ruptura prematura de membranas , ya que esta por si sola podría reducir el tiempo de la fase activa del primer periodo del trabajo de parto.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Niswander, KR, Obstetricia práctica clínica . Primera edición , Ed Reverté, España, 1988 .
- 2.- Goodman Gilman A , Goodman L , Gilman A ; Las bases farmacológicas de la terapéutica : Sexta edición , PP: 134-6 , Hd Panamericana , México 1982.
- 3.- Friedman EA . La curva de evolución del parto , Clínicas de Perinatología , 1981 ; 1 ; 15-25 .
- 4.- Sheen PW , Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: líneas de alerta y acción , Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1987; 1 , 31-38 .
- 5.- Romero Salinas G, Ruiz Velasco V, Perez Tamayo L , et a l; - Acortamiento del trabajo de parto con el empleo de la N - Butilbromuro de Hioscina, Semana Médica de México , 1977 ; 90 : 1114 .
- 6.- Pritchard JA , Mac Donald PC , Gant NF , Obstetricia de Williams. tercera edición. P: 15-16 , 297-301 . Ed Salvat México , 1987 .
- 7.- Schwarcs RL , Duverges CA , Diaz AG, Pescina RH . Obstetricia, - Cuarta edición . PP:312-320 ; Ed Ateneo , Argentina , 1988.
- 8.- Fraser WD ; Sauve R ; et al ; A randomized controlled trial of - early amniotomy. Br - J - Obstet-Gynaecol ; 1991 Jan ; 98 (1) ; P-- 84-91 .
- 9.- Zanini A ; Norchi S; Pre- induction cervical rippening with - Prostaglandin E2 gel ; intracervical vs intravaginal route . Obstet - Gynaecol ; 1990 Oct ; 76 (4) ; P 681-3.

- 10.- Lyndrup J ; Legarth J ; et al . Induction of labor : The effect of vaginal prostaglandin or I V oxitocin - a matter of time only ? ; - Eur - J - Obstet - Gynaecol - Reprod - Biol ; 1990 Nov ; 37 (2) : P 111-9 .
- 11.- Chua S ; Arulkumaran S ; Kurup A ; et al . Does prostaglandin - Confer significant advantage over oxitocin infusión for nuliparas - with pre labor rupture of membranes at term ? . Obstet - Gynecol ; - 1991 May ; 77 . (5) ; P 664-7
- 12.- Greer IA ; Laren M ; Calder AA . Vaginal administration of PGE2 for induction of labor stimulates endogenous PGF2 alpha production . - Acta - Obstet- Gynecol - Scand ; 1990 ; 69 (7-8) ; P 621-5 .
- 13.- Frydman R ; Baton C ; Lelaidier ; et al ; ,Mifepristone for induction of labour (Letter) , Lancet ;1991 Feb 23 ; 337 (8739) ; P:488-9.
- 14.- Demory JE ; Firmin JM ; Parot P. The value of magnesium pyrrolidone in true cervix dystocia. A double blind versus placebo study . Rev -Fr - Gynecol-Obstet ; 1990 Jun ; 85 (6) ; 413-6.
- 15.- Quiroz gutierrez F . Anatomía Humana ; Decimo octava edición ; - Tomo III , PP;320-22 . Ed Porrúa , México , 1978 .
- 16.- Bueso JC . Acortamiento del trabajo del trabajo de parto, mediante la aplicación in situ del Bromuro de N - Butil -Hioscina sobre el - cervix uterino espasmódico. Estudio Clínico Experimental . F.C.A.S.O.G, 1968 , P: 8-11.
- 17.- Aispuro MA , Farias G . Influencia de la Butil-Hioscina sobre la duración del trabajo de parto ; Semana médica de México , PP : 107-114 - 1968 .

- 18.- Kilpatrick Sj , Laros RK Jr , Characteristics of normal labor.
Obstet - Gynecol ; 1989 Jul ; 74 (1) ; P85-7 .
- 19.- Nutchik M , Bakal D , lipshitz J . The Clinical significance -
of pain and cognitive activity in latent labor . Obstet - Gynecol ; -
1989 . Jan; 73 (1) ; P: 35-42 !
- 20.- Placek PJ , Taffel SM. Patrones recientes de las cesareas en los
Estados Unidos. Temas Actuales de Ginecología y Obstetricia. Vol 4-
1988 . P605-10 .