

11217

177

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**HOSPITAL DE LA MUJER
CATEDRA DE ENSEÑANZA**

**TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA DE
CONTRACCION HIPODINAMICA CON
OXITOCINA VS. N-BUTILBROMURO DE
HIOSCINA-OXITOCINA.**

TESIS RECEPTIONAL:

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
EN LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
PRESENTA: DR. J. ASUNCION MORALES PINEDA

ASESOR: DR. LUIS ENRIQUE BATRES MACIEL.



**DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

AGRADECIMIENTO:

Para dar gracias se pueden escoger muchas formas,
para dar gracias se pueden escoger muchas palabras,
para dar gracias no basta mencionar a unas cuantas personas;
para dar gracias no hay mas que mirar atrás y recordar quien nos dio la vida,
quien nos enseñó a caminar,
quien nos enseñó a hablar y a escribir;
quien nos enseñó a amar,
quien nos enseñó lo glorioso y sublime de un nacimiento;
para dar gracias no hay mas que mirar al cielo y sonreír.

A MIS PADRES ASUNCION Y MARIA, A MI ESPOSA LETICIA Y A TODOS MIS MAESTROS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

PAGINAS.

INTRODUCCION:.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	7
HIPOTESIS:.....	7
OBJETIVOS:.....	8
JUSTIFICACION:.....	9
DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION:.....	9
MATERIAL Y METODOS:.....	10
RESULTADOS:.....	12
DISCUSION DE LOS RESULTADOS:	18
CONCLUSIONES:	20
GRAFICAS:	21
BIBLIOGRAFIA:	39

INTRODUCCION:

Para poder comprender el complejo evento del nacimiento así como el tratamiento de sus complicaciones, es importante definir a esta situación como aquel proceso en el que se consigue el tránsito del feto desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior del organismo materno. Caracterizan al parto la aparición de contracciones uterinas rítmicas, progresivamente intensas y dolorosas, que implican una dilatación del cuello uterino y consiguen la expulsión del feto.

El proceso del parto se viene iniciando desde la segunda mitad de la gestación con diversos cambios a nivel uterino y cervical que van desde la formación del segmento uterino, la acomodación de la presentación fetal, la presencia de contracciones uterinas discretas y de baja intensidad los cuales todos en su conjunto inician el proceso de "maduración cervical"; esta maduración consiste en la presencia de diversas modificaciones tanto bioquímicas como estructurales que ocasionan que al final de la gestación el cuello uterino se vuelva mas blando al tacto vaginal, se acorte y progresivamente en este proceso se incorpore al segmento uterino (borramiento cervical), iniciándose incluso en este proceso la dilatación del cuello uterino. Los cambios observados a nivel cervical son lentamente progresivos iniciándose inclusive varias semanas previas al trabajo de parto. En general se acepta que el parto inicia cuando existe una actividad uterina de carácter rítmico, progresivo y que ocasione dolor, con un mínimo de 2 contracciones cada 10 minutos, un cuello uterino con un borramiento mayor a 50% y una dilatación mayor a 2 centímetros.

De las causas del parto se pueden mencionar factores miometriales, factores maternos, factores ovulares y factores cervicales entre otros, de los cuales este último es el que interesa en mayor medida a la realización de esta presentación. Como ya se menciona el inicio del trabajo de parto no solo es dependiente de la presencia de actividad miometrial, sino de la presencia de lo que se ha llamado maduración cervical, proceso que hace a esta estructura un órgano más apto para el proceso de dilatación y expulsión del feto. De los factores miometriales hay que destacar datos relacionados a la contractilidad uterina durante el embarazo, de la cual se mencionan de dos tipos: 1) Contracciones pequeñas, de una intensidad menor a 10mmHg. , las cuales se circunscriben a pequeñas áreas de la pared uterina, con una frecuencia de una contracción por minuto, las cuales no son percibidas por la gestante ni por el obstetra; y 2) las contracciones de Braxton-Hicks que tienen una intensidad de entre 10 y 20 mmHg. , que al principio del embarazo son prácticamente inexistentes para ser en número de 1 a 2 contracciones por hora alrededor de la semana 28 de gestación, en comparación al tono de base que es de 3 a 8 mmHg. De la fisiología de la contracción uterina, en especial en el miometrio, las células de músculo liso están inmersas principalmente en fibras de colágeno, siendo posiblemente estas las responsables de la transmisión de los impulsos generados en este evento, además de los llamados puentes celulares en el miometrio, los cuales son porciones simétricas de las membranas celulares de dos células yuxtapuestas mediante las cuales se realiza la comunicación intercelular; siendo la aparición o no de estos puentes los responsables de la facilitación de las contracciones coordinadas del útero durante el parto.

El cuello uterino en el ser humano tiene como componentes varias de las siguientes estructuras: fibras musculares, fibras de colágena y "sustancia fundamental " propia del tejido conectivo; esta última está compuesta principalmente por glucosaminoglicanos cervicales tales como el dermatán sulfato, el condroitín-sulfato y el ácido hialurónico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cabe destacar que uno de los procesos fundamentales en la maduración cervical consiste en la digestión de las fibras de colágena efectuada por las colagenasas presentes en este órgano, las cuales son activadas al final del embarazo por una alteración en la relación estrógenos-progesterona. En este proceso de maduración el condroitín sulfato y el dermatán-sulfato, que son los encargados de la estructura firme del cuello uterino, al fijarse firmemente en las fibras de colágeno; al final del embarazo ambos son digeridos por la activación de estas enzimas, convirtiendo al cuello uterino en una estructura flexible y distensible. A su vez el incremento de ácido hialurónico y del contenido de agua son los responsables directos de la consistencia blanda y frágil del cuello uterino al final del embarazo.

Para que se produzca este proceso de maduración cervical se necesitan de varias señales biológicas, tales como: incremento en la relación estrógenos / progesterona, señales procedentes de las prostaglandinas especialmente la PGE2 y la PGI o prostaciclina, además de la relaxina; existiendo por lo tanto una correlación bastante estrecha entre el aumento de la contractilidad uterina y la maduración cervical.

Profundizando acerca de este órgano tan importante como lo es el cuello uterino, cabe destacar que los estudios acerca de su estructura, así como de su fisiología en el desencadenamiento - inducción del trabajo de parto, han llevado a múltiples estudios clínicos, todos ellos con la finalidad de conseguir la realización de un parto óptimo, esto es la presencia en la paciente de una contracción y dilatación eficaz durante el trabajo de parto, así como la ocurrencia del nacimiento del producto con una relativa facilidad, sin dolor en la paciente o con el mínimo de dolor posible, todo esto con la finalidad de acortar el tiempo de estancia en las salas de labor, con el mínimo de complicaciones materno/fetales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desglosando los puntos referentes a la estructura o morfología del cuello uterino cabe destacar que son dos las estructuras de mayor importancia: La mucosa cervical y el estroma, siendo considerada esta última como la de mayor importancia en la función de borramiento, dilatación y nacimiento del producto.

Dentro de las características macroscópicas de un cuello uterino no gestante encontramos que sus dimensiones son de 2,5 a 3,0 cm en su longitud, diámetro transversal de 2,5 a 3,0 cm y longitud antero-posterior de 2,0 a 2,5 cm., con un espesor en todas sus paredes de 1,0 cm., siendo sus órganos de fijación a la pelvis ósea el ligamento pubovesical anterior, los ligamentos útero sacros y los ligamentos cardinales. Histoquímicamente esta conformado por colágeno, tejido elástico (el cual esta disperso en todo el cuello uterino en una proporción de 1,0 % , siendo la elastina el de mayor importancia), unión fibromuscular y músculo liso (en el cual las fibras de músculo liso se dispersan sin un patrón definido por todo el cuello uterino, no estando definido el porcentaje real de tejido muscular, siendo por lo menos de en 10 al 15% e inclusive hasta un 30% del tejido cervical total). (1) (3).

La dilatación no es un proceso pasivo, sino un mecanismo muy complejo, activo, integrado al proceso del parto, del cual para su medición Friedman y Von Micksy desarrollaron un cervímetro electrónico para el registro de la dilatación cervical, llevando por lo tanto un registro meticuloso en curvas de dilatación / tiempo, sin encontrar diferencias significativas en lo encontrado a estimaciones digitales. (2).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Para llegar a la obtención de un parto optimo es necesario conocer lo destacado por el Dr. Bishop en lo referente a su índice de parámetros para inducto / conducción del trabajo de parto (4), así como el conocimiento de los patrones de dilatación cervical normal durante el embarazo y el mismo trabajo de parto (5), así como del conocimiento de la farmacocinética del medicamento por excelencia inductor y conductor del trabajo de parto: La Oxitocina (6); conjuntando todo lo anterior es relativamente fácil determinar el tipo de pacientes al que se deben de inducir o conducir su trabajo de parto de acuerdo a los esquemas establecidos con oxitocina, pudiendo prever aquel tipo de pacientes en las que su estancia en la sala de labor se vera prolongada (7), (8), (9), (10).

Para este propósito retomamos observaciones un poco empíricas acerca de la abreviación del trabajo de parto en la sala de labor, así como de la abreviación del periodo expulsivo con la asociación de dos medicamentos; uno ampliamente usado en la Obstetricia como lo es la oxitocina (11), y el segundo como lo es el N-Butilbromuro de Híoscina. Del primer medicamento, la oxitocina, se sintetiza en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo teniendo como principal propiedad farmacológica el estimular la frecuencia y la fuerza de la actividad contractil del útero dependiendo estos efectos de la presencia de estrógenos o progesterona y teniendo como mecanismo de acción el formar y ocupar receptores específicos para oxitocina a nivel uterino. La vida media de la oxitocina es de 12 a 17 minutos, siendo eliminada por vía renal y hepática; teniendo como indicaciones su uso en las distocias dinámicas (de hipocontractilidad uterina), así como en los casos de hipotonía uterina postparto, teniendo 2 técnicas de aplicación intravenosa: 1) aritmético.- en la cual se inicia con una miliunidad de oxitocina por minuto y se va incrementando cada 40 minutos la dosis de una unidad en una., y 2) algebraico.- en la cual el incremento de la oxitocina se realiza doblando la cantidad inicial de oxitocina cada 40 minutos.

De la butilioscina, clasificado como un espasmolítico de acción selectiva y cuyo nombre genérico es el N-Butilbromuro de Hioscina, una de sus indicaciones terapéuticas es el tratamiento de los espasmos de las partes blandas musculares durante el parto y los trastornos dismenorreicos, no estando contraindicada en el tercer trimestre de embarazo y con reacciones secundarias mínimas; en lo que se refiere a su mecanismo de acción de acción este se da principalmente en los plexos parasimpáticos de los órganos a los que inerva (12), justificando su uso probablemente en el contenido de la musculatura lisa en el cuello uterino, porcentaje del cual se había hablado con anterioridad.

Estudios previos demuestran que la butilioscina es eficaz en el dolor ocasionado durante el trabajo de parto, sin alterar de manera significativa la contractilidad de la musculatura uterina; que además la butilioscina por si sola también es eficaz en el desencadenamiento del trabajo de parto, regularizando las contracciones uterinas, además de favorecer el reblandecimiento y dilatación adecuadas del cuello uterino en el trabajo de parto, siempre y cuando la dilatación sea mayor a 2,0 cm., en uno de estos estudios no se logra demostrar la aceleración del trabajo de parto, sin embargo; la muestra es pequeña y no la asocia a oxitocina (13) (14), en otros estudios para el tratamiento de la hipocontractilidad uterina es suficiente el uso de la oxitocina para normalizar la contractilidad, sin que esto modifique los patrones normales de dilatación y descenso (15), motivo por el que se realizará la comparación entre dos grupos de pacientes con hipocontractilidad uterina, uno de ellos tratado únicamente con oxitocina y el otro tratado con oxitocina asociado a N-Butilbromuro de Hioscina, tratando de demostrar la efectividad del segundo grupo contra el primero; con la finalidad de lograr en lo posible lo que se denomina como parto optimo, ya que institucionalmente el desarrollo de este en forma ágil y sin complicaciones, conlleva a una optimización de sus servicios y recursos financieros. (16).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

EL N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA, ANTIESPASMÓDICO USADO EN LOS ESPASMOS DE LAS PARTES MUSCULARES (ÚTERO Y CUELLO UTERINO) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ASOCIADO A LA OXITOXINA ES CAPAZ DE ACORTAR LA FASE DE ACELERACIÓN RÁPIDA DEL TRABAJO DE PARTO Y EL MOMENTO DEL NACIMIENTO SIN AUMENTAR DE MANERA SIGNIFICATIVA LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS AL PARTO.

HIPOTESIS:

EL N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA ASOCIADO A OXITOCINA ACORTA LA FASE DE ACELERACION RAPIDA EN EL TRABAJO DE PARTO Y ACORTA EL MOMENTO DEL NACIMIENTO SIN AUMENTAR DE MANERA SIGNIFICATIVA LAS COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

EL N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA, ANTIESPASMÓDICO USADO EN LOS ESPASMOS DE LAS PARTES MUSCULARES (ÚTERO Y CUELLO UTERINO) DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ASOCIADO A LA OXITOXINA ES CAPAZ DE ACORTAR LA FASE DE ACELERACIÓN RÁPIDA DEL TRABAJO DE PARTO Y EL MOMENTO DEL NACIMIENTO SIN AUMENTAR DE MANERA SIGNIFICATIVA LAS COMPLICACIONES INMEDIATAS AL PARTO.

HIPOTESIS:

EL N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA ASOCIADO A OXITOCINA ACORTA LA FASE DE ACELERACION RAPIDA EN EL TRABAJO DE PARTO Y ACORTA EL MOMENTO DEL NACIMIENTO SIN AUMENTAR DE MANERA SIGNIFICATIVA LAS COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO.

OBJETIVOS:

Demostrar que el N-Butilbromuro de Hioscina aumenta los cambios cervicales transparto.

Demostrar que el N-Butilbromuro de Hioscina asociado a oxitocina en el tratamiento de la hipocontractilidad uterina acorta la fase de aceleración rápida del trabajo de parto.

Demostrar que la asociación de N-Butilbromuro de Hioscina y oxitocina disminuye complicaciones transparto tales como desgarros en relación al uso de solamente oxitocina.

Demostrar que el tiempo total del trabajo de parto es menor en el grupo N-Butilbromuro de hioscina y oxitocina que en el grupo de oxitocina sola.

JUSTIFICACION:

El empirismo en el uso de N-Butilbromuro de Hioscina asociado a la oxitocina para abreviar el trabajo de parto en su primer y segundo periodo, así como la falta de estudios formales en esta unidad hospitalaria, nos han llevado a demostrar o a intentar demostrar que esta asociación es eficaz para el tratamiento de la hipocontractilidad uterina, así como en la abreviación del trabajo de parto, sin que esto repercuta sobre la salud materna o en el producto, logrando así disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, para lograr con esto la mejor optimización de los recursos en el área tocoquirúrgica.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION:

EXPERIMENTAL, LONGITUDINAL Y PROSPECTIVO

JUSTIFICACION:

El empirismo en el uso de N-Butilbromuro de Hioscina asociado a la oxitocina para abreviar el trabajo de parto en su primer y segundo periodo, así como la falta de estudios formales en esta unidad hospitalaria, nos han llevado a demostrar o a intentar demostrar que esta asociación es eficaz para el tratamiento de la hipocontractilidad uterina, así como en la abreviación del trabajo de parto, sin que esto repercuta sobre la salud materna o en el producto, logrando así disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, para lograr con esto la mejor optimización de los recursos en el área tocoquirúrgica.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION:

EXPERIMENTAL, LONGITUDINAL Y PROSPECTIVO

MATERIAL Y METODOS:

POBLACION Y MUESTRA:

Grupo problema: Pacientes con hipocontractilidad uterina con embarazos a término en trabajo de parto, con producto único vivo y ausencia de desproporción céfalo / pélvica.

Tamaño de la muestra: Dos grupos conformados de 31 pacientes cada uno.

DOSIS DE MEDICAMENTO:

20 mg de N-Butilbromuro de hioscina diluidos en 300cc de solución Hartmann a pasar a carga rápida.

Oxitocina de acuerdo al esquema algebraico de inducto conducción de trabajo de parto.

TIEMPO DE ESTUDIO:

Se realizó desde el mes de Julio de 1998 al mes de Octubre de 1998.

Criterios de inclusión:

Embarazos a término

Primer periodo del trabajo de parto.

Hipocontractilidad uterina (menos de 2 contracciones uterinas en 10 minutos), la cual fue medida por palpación abdominal..

Producto único vivo.

Ausencia de desproporción céfalo / pélvica.

Falta de progresión en el borramiento y dilatación.

Membranas rotas o amniorrexis en el momento de su ingreso a la unidad tocoquirúrgica de este hospital

Criterios de exclusión:

*Embarazos pretérmino.

*Embarazos múltiples.

*Desproporción céfalo / pélvica presente.

*Productos en presentación pélvica.

*Productos en situación transversa u oblicua.

*Cuello uterino no apto para inducto - conducción.

Variables:

*Edad materna.

*Paridad.

*Borramiento cervical. (medida en porcentaje por tacto vaginal)

*Dilatación cervical. (medida en centímetros por tacto vaginal)

*Horas de trabajo de parto.

*Horas de diferencias entre el ingreso y el nacimiento.

*Complicaciones.

*Fondo uterino (medida en centímetros con cinta métrica y de acuerdo a la técnica descrita por la OMS).

RESULTADOS:

Se analizaron dos grupos de pacientes en el Hospital de la Mujer en el periodo comprendido de Julio de 1998 a Octubre de 1998 con embarazo a término, en primer periodo de trabajo de parto, con hipocontractilidad uterina, con ausencia de desproporción cefalo-pelvica y con falta de progresión en el borramiento y dilatación, membranas rotas o amniorrexis al momento de su ingreso a la UTQ, cada uno constituido por 31 elementos, un grupo tratado con Oxitocina (de acuerdo al esquema algebraico de conducción de trabajo de parto, sin exceder de 16 mU / ml) y otro tratado con N-Butilbromuro de Hioscina + Oxitocina, (con dosis de butilhioscina de 20mg IV en una solución Hartmann con 300cc a pasar a carga rápida + el esquema mencionado de oxitocina) obteniéndose los siguientes resultados:

Del grupo de Oxitocina 13 pacientes fueron primigestas, 8 pacientes contaban con 2 gestaciones, 4 pacientes con 3 gestaciones y 6 con 4 gestaciones, de ellas 3 contaban con un parto anterior, 6 con 2 partos anteriores y 3 con 3 partos anteriores, 7 pacientes habían tenido una cesárea previa y 3 pacientes un aborto previo; la media de la edad para este grupo fue de 23,74 años, con un rango de 27 años (15 a 39 años),

A la exploración física el fondo uterino de estas pacientes presentó una media de 29,9 cm, con un rango de 29cm, (24 a 34 cm.), con 18 productos con variedad de posición izquierda anterior y 13 con variedad de posición derecha anterior ; en cuanto al borramiento se encontró una media de 74,19% con un rango de 70% (50 a 90%), la media del peso del producto fue de 3132,9grs, con un rango de 3112,5grs, (2675 a 3750grs), siendo 15 productos femeninos y 16 masculinos, presentándose como complicaciones 3 pacientes con desgarros completos de tercer grado y una aplicación de fórceps profilácticos por cesárea previa., el índice de valoración de APGAR en todos los productos fue superior a 7 al minuto y de 9 a los 5 minutos, el valor en la media de la dilatación al momento del ingreso fue de 4.25cm.,

Se obtuvo como media de tiempo desde el ingreso hasta el nacimiento un valor de 214,77 minutos con rango de 304,5 (37 a 572 minutos); en cuanto a las dilataciones horarias de cada paciente se presentan en la gráfica 1 (Horas de trabajo de parto grupo oxitocina), con valores en la media y recta de mejor ajuste representados en la gráfica 2 (media y RMA en grupo oxitocina); presentando una variancia de 2,39 y una Desviación Estándar (DE) de 1,54, con una CHI 2 con valor de $0,950 < P < 0,975$ y un coeficiente de correlación lineal (CCL) de $P < 0,01$, lo que lo hacen estadísticamente significativo.

En el grupo de N-Butilbromuro de Hioscina + Oxitocina la media de la edad de las pacientes fue de 22,77 años, con un rango de 26 años (15 a 37 años), registrándose 15 pacientes con 1 gestación , 6 pacientes con 2 gestaciones, 4 pacientes con 3 gestaciones, 4 pacientes con 4 gestaciones, 1 paciente con 5 gestaciones y 1 pacientes con 6 gestaciones. 5 de ellas presentaron un parto anterior, 6 pacientes 2 partos previos, 3 pacientes 3 partos previos y una paciente 5 partos previos; una paciente presentó una cesárea anterior, 1 un aborto previo y 1 dos abortos previos.

A la exploración física las pacientes presentaron una media en la altura del fondo uterino de 29.74cm, con un rango de 29 cm, (25 a 33 cm.), con productos cuyo peso presentaron una media de 2855,64grs, con un rango de 2600grs., (1800 a 3400grs.), siendo 13 de estos productos del sexo femenino y 18 masculinos, presentándose solo un desgarro completo del tercer grado; el índice de valoración de APGAR en todos los productos fue mayor de 7 al minuto y de 9 a los 5 minutos, con una dilatación a su ingreso de 4.58cm; las dilataciones horarias de estas pacientes se presentan en la gráfica 3 (horas de TDP en grupo Butilhioscina); obteniéndose como media y RMA los valores observados en la gráfica 4 (media y RMA grupo butilhioscina), observándose una variancia de 3,67 y una DE de 1,91, con una CHI 2 con valor de $0.950 < P < 0.975$ y un CCL de < 0.01 , que lo hacen estadísticamente significativo.

En lo que respecta a los nacimientos por hora de trabajo de parto en el grupo OXITOCINA se obtuvo una variancia de 7,43 y una DE con valor de 2,72 con una CHI 2 de $0.010 < P < 0.025$ y CCL de > 0.10 , con datos representados en la gráfica 5 (nacimientos grupo oxitocina media y RMA), en comparación del grupo N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA+ OXITOCINA, que presenta una variancia de 23,76 y una DE con valor de 4,87, CHI 2 con valor de $0.100 < P < 0.900$ y un con CCL de > 0.10 con datos representados en la gráfica 6 (nacimientos grupo butilhioscina, media y RMA), datos que hacen a ambos grupos estadísticamente significativos.

En cuanto a los datos obtenidos en la dilatación de trabajo de parto en PRIMIGESTAS tomando en cuenta ambos grupos por separado se obtuvieron los siguientes datos:

GRUPO OXITOCINA: La diferencia entre el ingreso y el nacimiento fue de 262.30 minutos como media, con un rango de 292.5 min, (87 a 498 minutos), con un peso al nacimiento de 3126.65 grs, como media con un rango de 3262.5 gramos (2775 a 3750gramos), naciendo 6 productos femeninos y 7 masculinos, presentándose 3 complicaciones, se obtuvo una variancia de 3.86 y una DE con valor de 1.96, con CHI 2 de $P < 0.005$ y CCL < 0.01 , siendo NO estadísticamente significativos, datos que son demostrados en la gráfica 7 (dilatación en primigestas grupo oxitocina media y RMA). Presentando una dilatación al ingreso de 4.07cm. como media.

GRUPO N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + OXITOCINA: en este grupo se obtuvo una diferencia entre el ingreso y el nacimiento de 145.33 minutos como media, con un rango de 176.5 minutos (70 a 283 minutos), con peso de los productos con media de 2736.66 gramos con un rango de 2512.5 (1800 a 3225 gramos), obteniéndose 8 productos masculinos y 7 femeninos, observándose un desgarro completo del tercer grado; se registraron una variancia de 3.76 y una DE con valor de 1.93, con CHI 2 de $0.100 < P < 0.900$ y una CCL de < 0.05 , que los hacen ser estadísticamente significativos, datos representados en la gráfica 8 (dilatación en primigestas grupo BUTILHIOSCINA, media y RMA). Presentando una dilatación al ingreso de 4.5cm. como media.

En lo que respecta al grupo de MULTIGESTAS en ambos grupos los resultados fueron los siguientes:

GRUPO OXITOCINA: presento una diferencia del ingreso hasta el momento del nacimiento de 180.44 minutos como media, y un rango de 304.5 minutos (37 a 572 minutos), con una media en relación al peso de 3137.5 gramos, con un rango de 2675 a 3600gramos), con un nacimiento de 9 productos masculinos y 9 femeninos, siendo utilizado un fórceps profilácticos en una paciente con cesárea anterior, sin complicaciones; se obtuvo una variancia de 2.28 y una DE de 1.51, con un valor de CHI 2 de $0.950 < P < 0.975$ siendo estadísticamente significativo, datos representados en la gráfica 9 (dilatación en multigestas grupo oxitocina, media y RMA). Presentando un valor de 4cm. de dilatación como media al momento del ingreso.

GRUPO N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + OXITOCINA: se observó una diferencia entre el ingreso hasta el nacimiento de 118.12 minutos como media, con un rango de 147.5 minutos (60 a 235 minutos), con una media en el peso del producto de 2967.18 gramos, con un rango de 2950. gramos (2500 a 3400gramos), naciendo 10 productos masculinos y 6 femeninos, sin complicaciones, con una variancia de 4.48 y una DE con valor de 2.11, CHI 2 de $0.100 < P < 0.900$ y un CCL de < 0.01 , siendo estadísticamente significativos, datos representados en la gráfica 10 (dilatación en multigestas grupo butilhioscina, media y RMA). Presentando 4.62 cm, de dilatación como media al momento del ingreso.

De los nacimientos por hora de trabajo de parto en las PRIMIGESTAS se observaron los siguientes datos en ambos grupos:

OXITOCINA: variancia de 2.28 con DE de 1.50, CHI 2 de $0.100 < P < 0.900$ y CCL de > 0.10 , datos que lo hacen estadísticamente significativos, observandose esto en la gráfica 11 (nacimientos primigestas grupo oxitocina, media y RMA).

GRUPO N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + OXITOCINA: variancia de 6.3, con una DE de 2.5, CHI 2 de $0.025 < P < 0.050$ y CCL > 0.10 , siendo estadísticamente significativos, datos que se representan en la gráfica 12 (nacimientos grupo butilhioscina , media y RMA).

En las MULTIGESTAS se obtuvieron los siguientes datos:

GRUPO OXITOCINA: variancia de 4.4, DE de 2.09 con una CHI 2 de $0.005 < P < 0.010$ y CCL de > 0.10 , siendo estadísticamente significativo, datos representados en la gráfica 13 (nacimientos multigestas, media y RMA).

GRUPO N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA + OXITOCINA: variancia de 6,7 con una DE de 2,58, CHI 2 de $0.050 < P < 0.100$ y un CCL de > 0.10 , siendo estadísticamente significativos, datos que se representan en la gráfica 14 (Nacimientos en multigestas, media y RMA).

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De los datos obtenidos en cuanto a la dilatación por hora de trabajo de parto en grupos generales: Oxitocina contra Butilhioscina, se observó que las pacientes completaron dilatación a la novena hora de trabajo de parto en el grupo oxitocina y a la quinta hora de trabajo de parto en el grupo butilhioscina, mientras que la gran mayoría de los nacimientos en el grupo oxitocina se presentaron a la tercer hora de trabajo de parto, mientras que en el grupo N-Butilbromuo de hioscina se presentaron a la segunda hora de trabajo de parto.

Si tomamos en cuenta la evolución del trabajo de parto, las primigestas del grupo butilhioscina presentaron dilatación completa y nacimiento del producto hasta 3 horas antes que el grupo oxitocina (Gráficas 15 y 17), presentando dilatación al ingreso de 4.07 y de 4.5 para los grupos oxitocina y N-Butilbromuro de Hioscina respectivamente, con mayor número de nacimientos a la cuarta hora de trabajo de parto en el grupo oxitocina y a la segunda hora de trabajo de parto en el grupo N-Butilbromuo de hioscina. En el grupo de Multigestas presentaron dilatación completa hasta 5 horas antes en el grupo N-Butilbrouro de hioscina en comparación al grupo oxitocina, con una dilatación al ingreso de 6.27 cm, en el grupo oxitocina y de 4.62 cm, en el grupo N-Butilbromuro de hioscina, con un mayor número de nacimientos a la tercer hora de trabajo de parto en el grupo oxitocina y en la segunda hora de trabajo de parto en el grupo N-Butilbromuro de hioscina. (Gráficas 16 y 18).

Estos resultados indican que la asociación de estos medicamentos aceleran de manera importante el trabajo de parto, no así estos medicamentos por separado, ya que se ha reportado al N-Butilbromuro de hioscina no es por si solo un acelerador del trabajo de parto, pero en esta ocasión y en base a estudios estadísticos se ha demostrado su eficiencia, ya que en los grupos de N-Butilbromuro de hioscina tanto en primigestas y multigestas la dilatación y nacimientos se presentaron con mayor anterioridad que en los grupos de oxitocina. Cabe destacar que no existieron complicaciones inherentes al uso de N-Butilbromuro de hioscina, solo al mismo evento obstétrico, tal como desgarros perineales, sin observarse eventos como hipotonía uterina o aumento en el sangrado obstétrico.

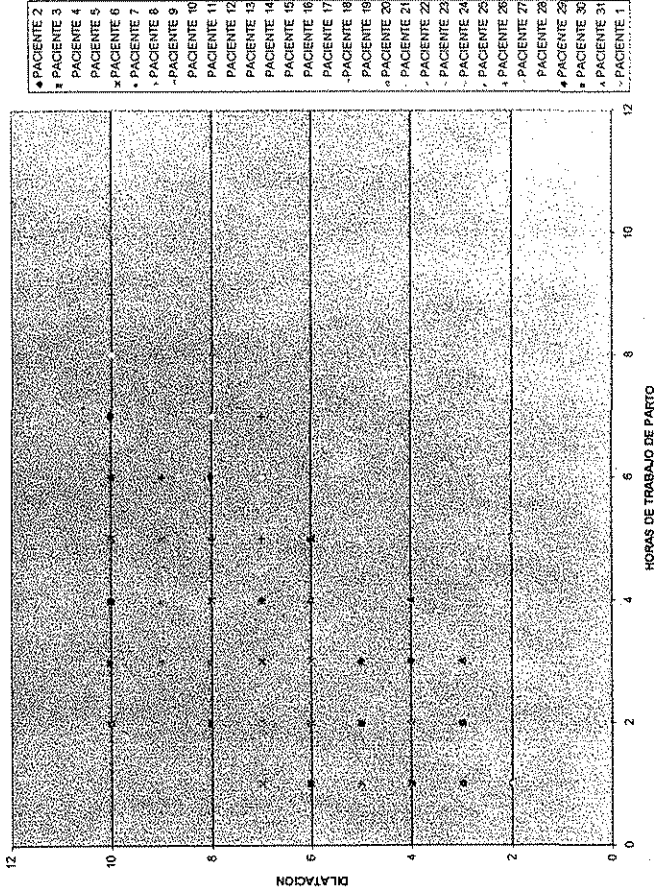
Así mismo cabe mencionar que no se aplicó analgesia obstétrica debido a que este factor causa una mayor dilatación durante el trabajo de parto, pudiendo interferir como una variable más aparte de los medicamentos administrados a las pacientes.

CONCLUSIONES:

Debido a los resultados ya comentados se puede inferir que a las pacientes a las que se les administra butilioscina asociado a oxitocina acelera de manera importante el trabajo de parto, en las fases de borramiento y dilatación, así como en el descenso del producto sin que esto aumente de manera significativa las complicaciones inherentes al evento obstétrico, por lo que sería recomendable la administración cotidiana de esta combinación de medicamentos en nuestras pacientes.

GRAFICA 1. HORAS DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES TRATADAS CON OXITOCINA

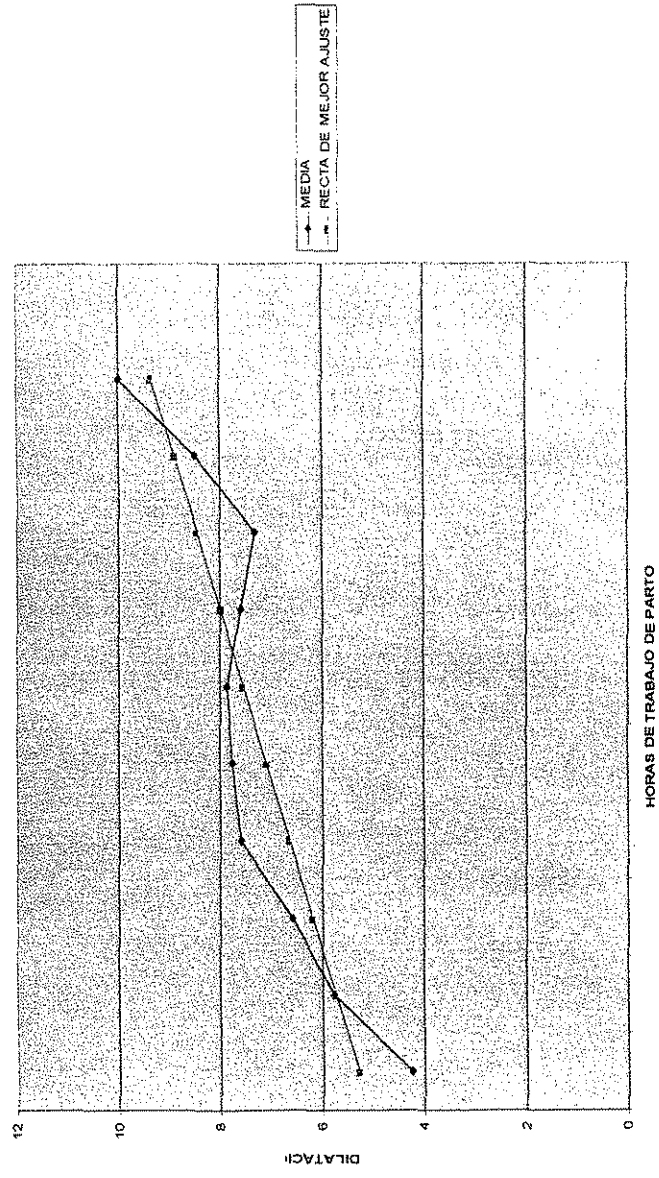
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



22

GRAFICA 2. DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES TRATADAS CON OXITOCINA

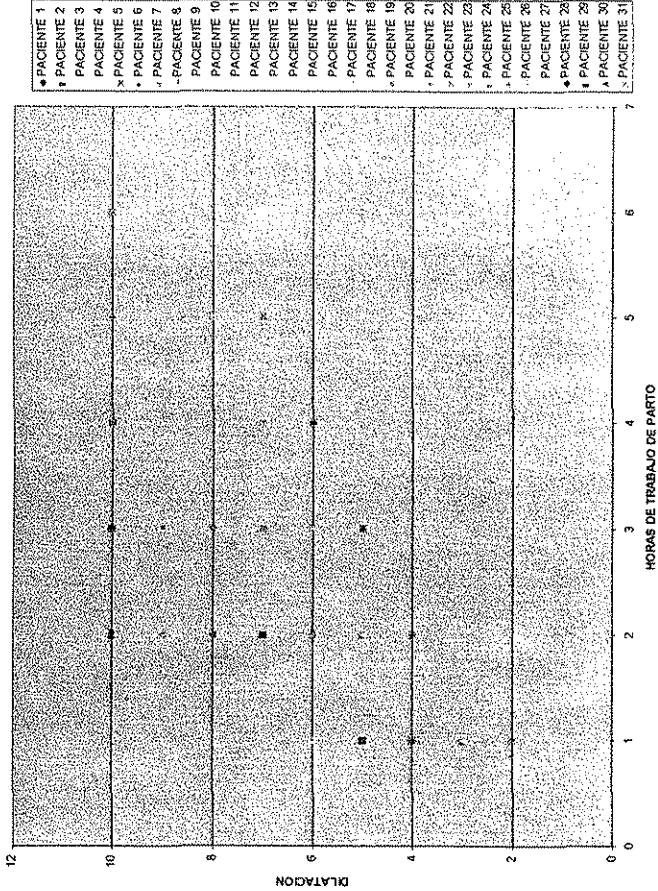
TESIS CON FALTA DE ORIGEN



JULIO A OCTUBRE DE 1998. HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 3. HORAS DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



JULIO A OCTUBRE DE 1998.

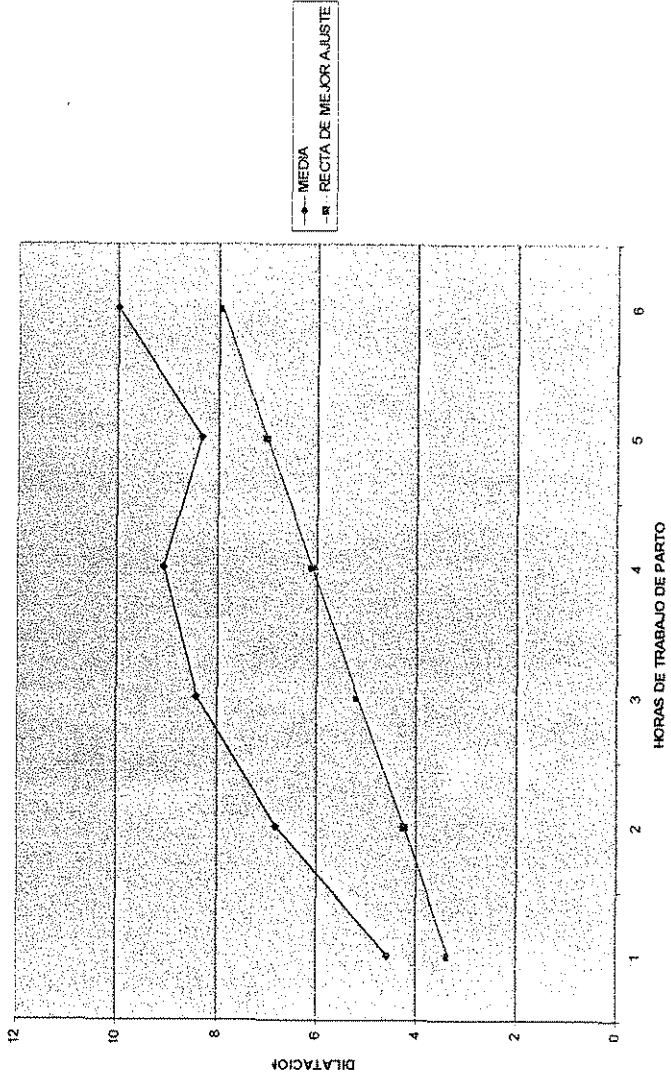
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

24

GRAFICA 4. DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA.

TESIS CON FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



JULIO A OCTUBRE DE 1998.

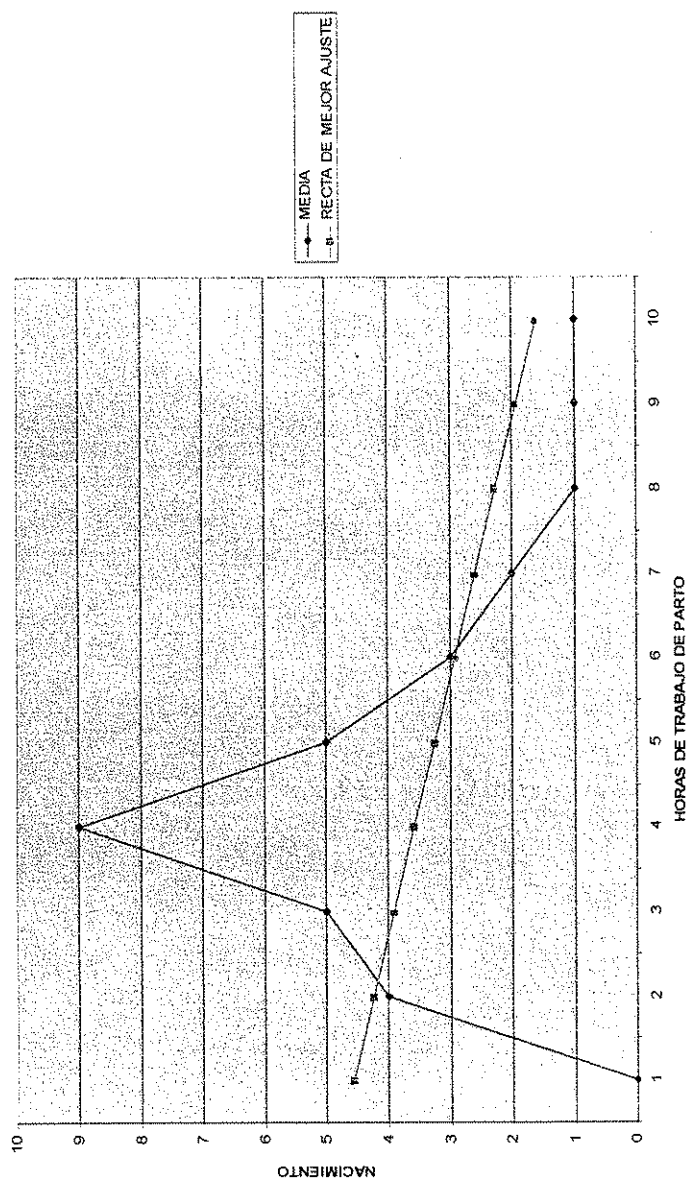
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

25

GRAFICA 5. NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES TRATADAS CON OXITOCINA.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE

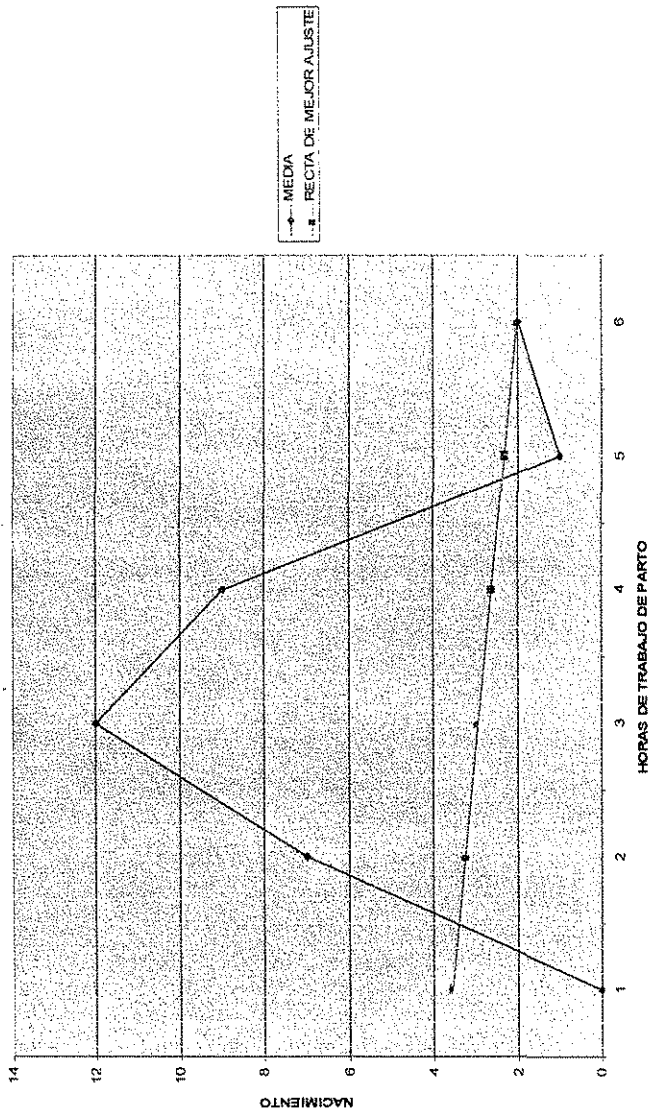


JULIO A OCTUBRE DE 1998. HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 6. NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE

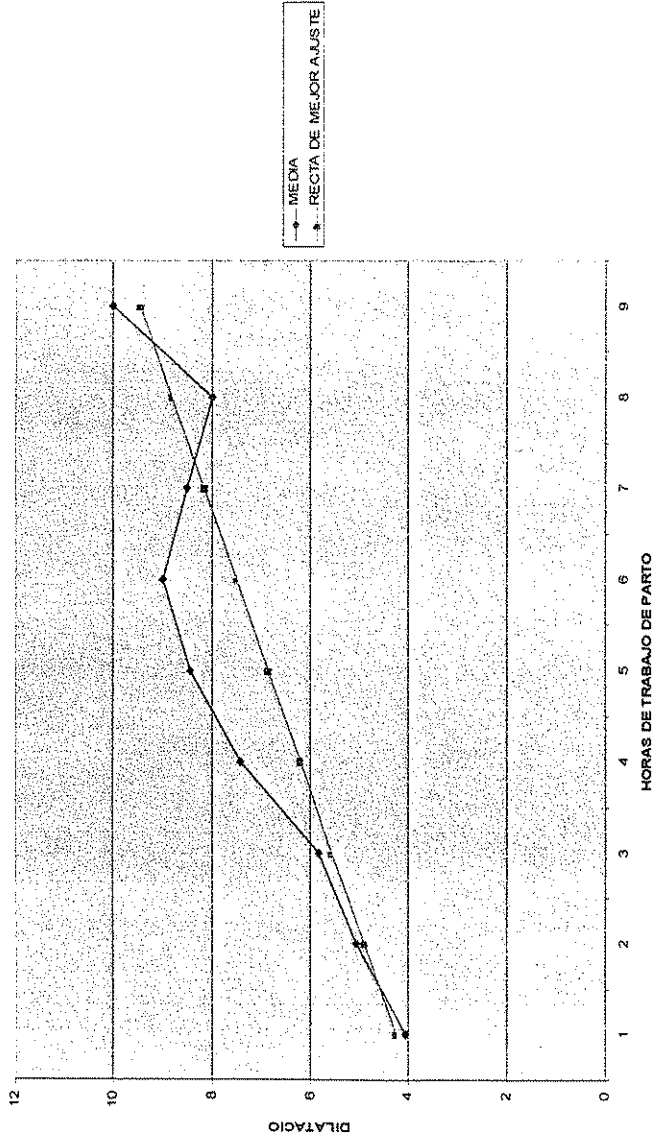


JULIO A OCTUBRE DE 1998. HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 7. DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS TRATADAS CON OXITOCINA.

TESIS CON FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE

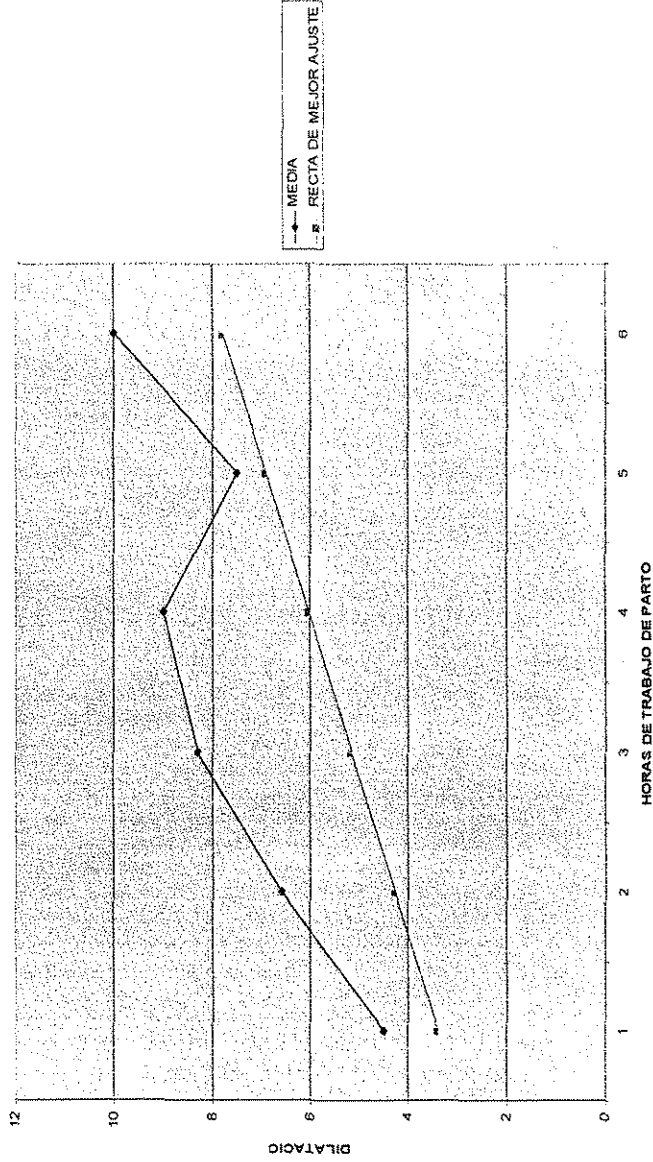


28

GRAFICA 8. DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



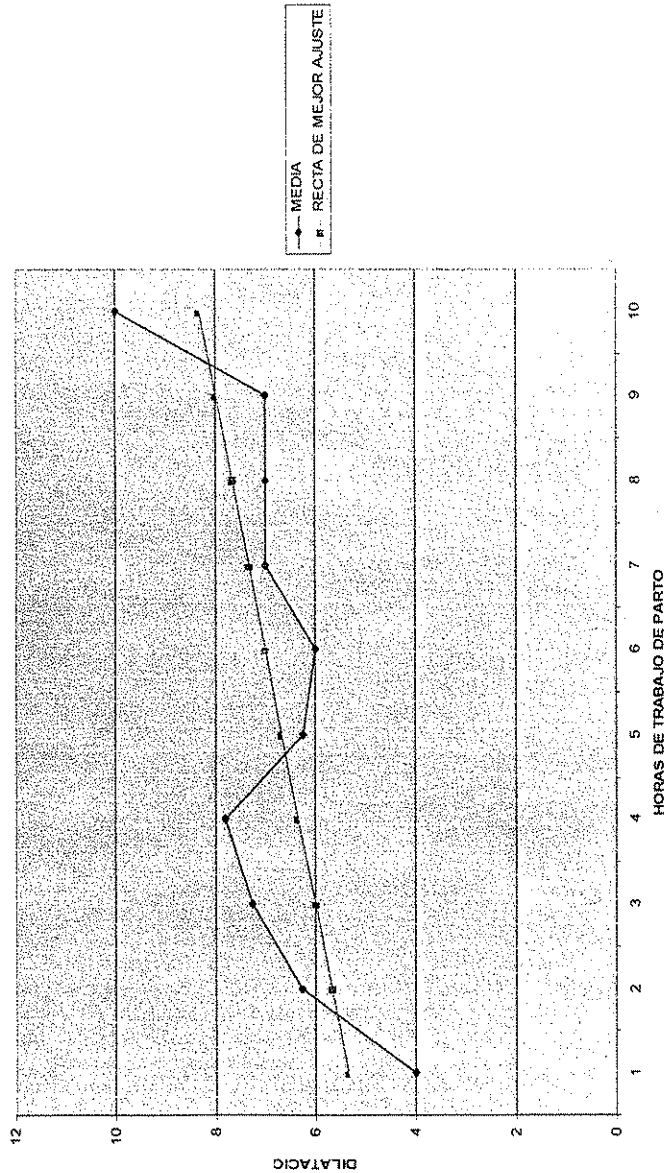
JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 9. DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES MULTIGESTAS TRATADAS CON OXITOCINA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



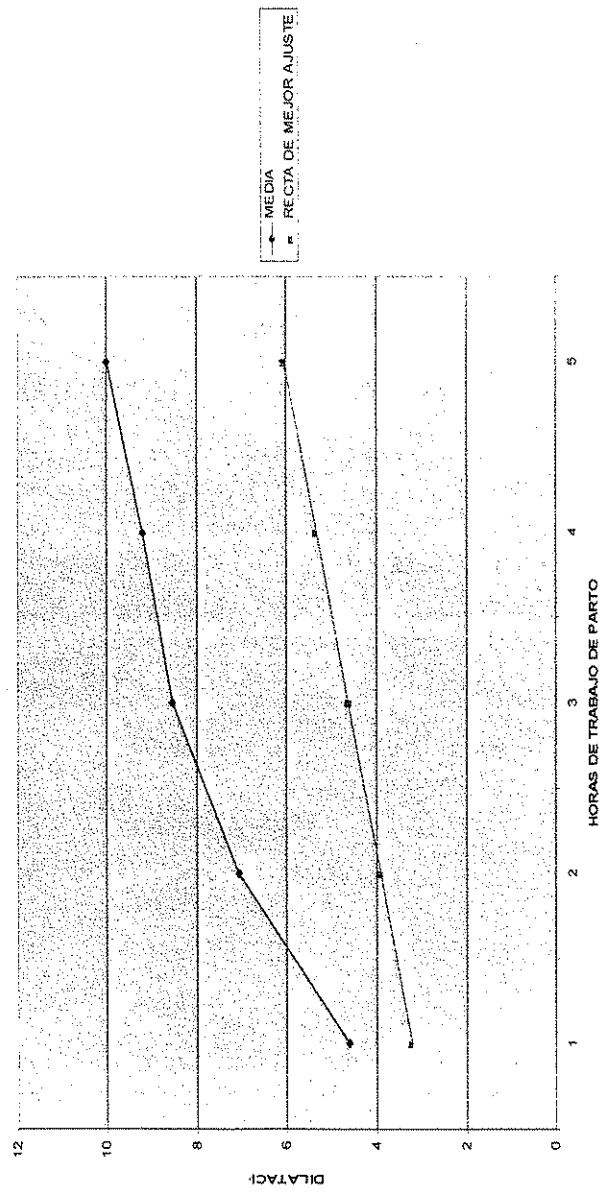
JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 10. DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES MULTIGESTAS TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



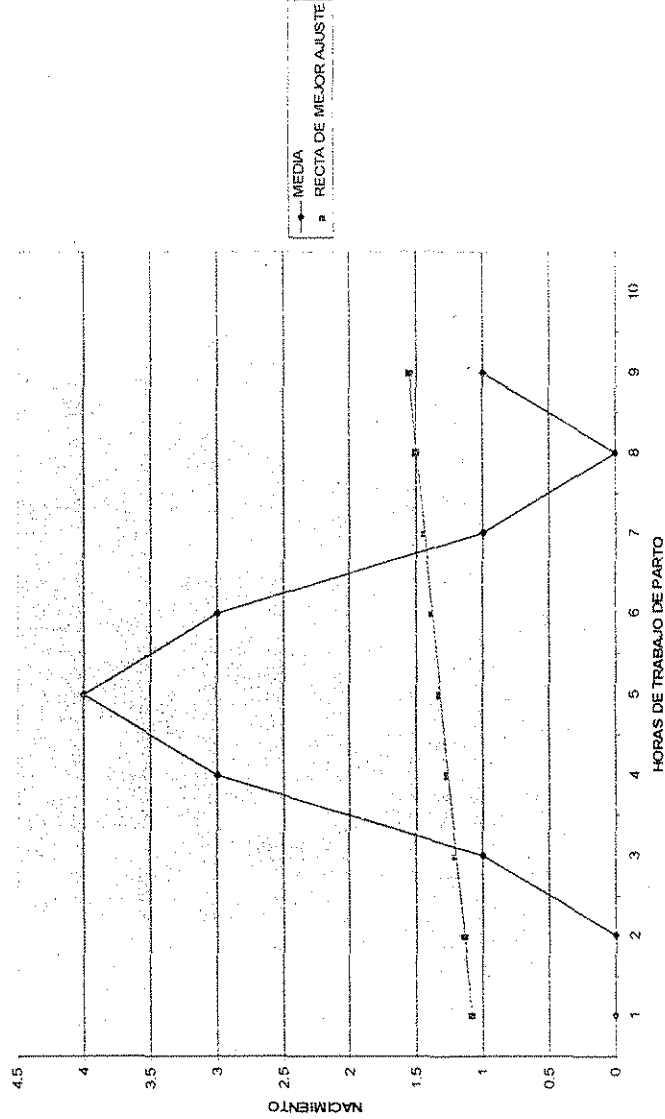
JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 11. NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS TRATADAS CON OXITOCINA.

Elaboración: Dra. María José Rodríguez

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE

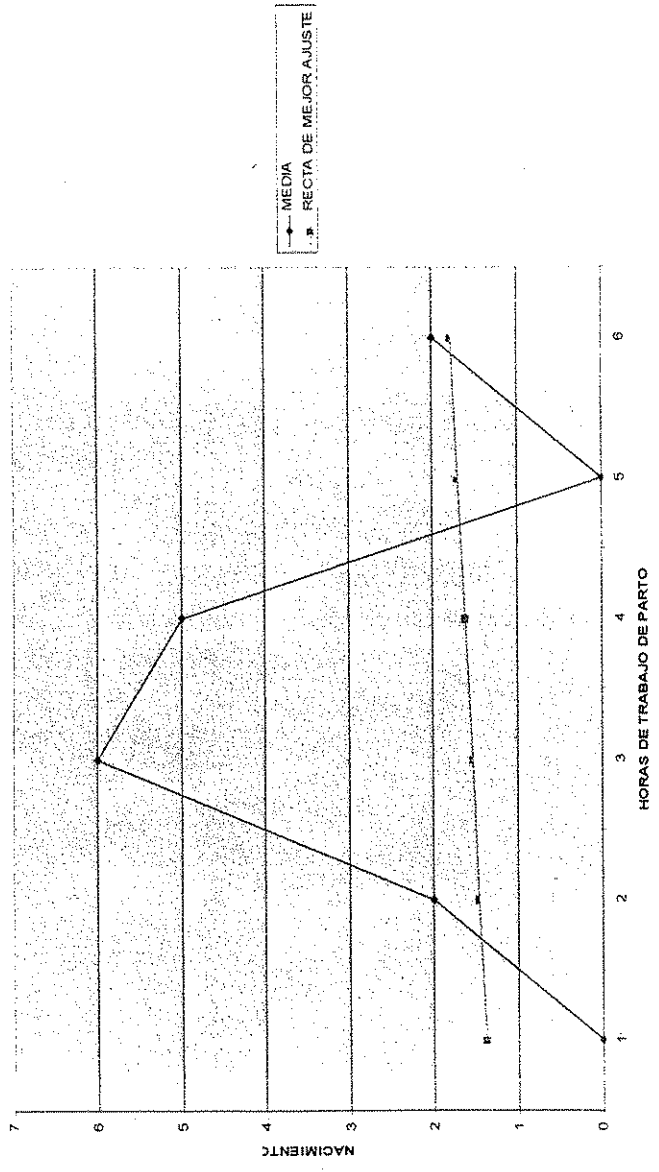


TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA 12. NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



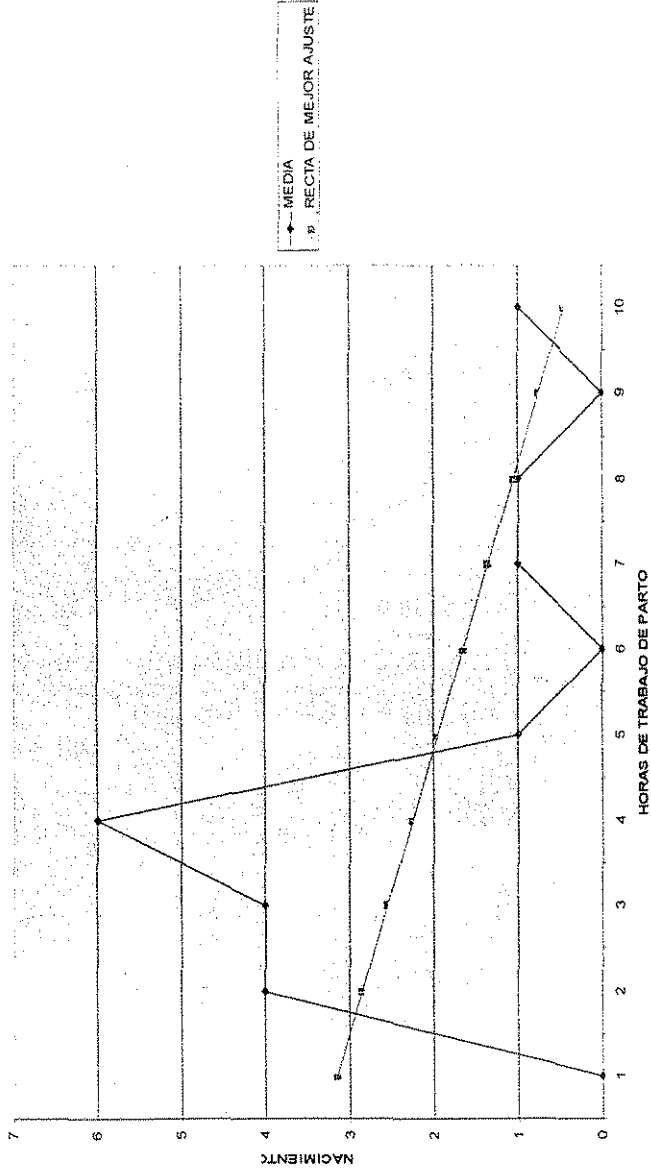
JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

GRAFICA 13. NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES MULTIGESTAS TRATADAS CON OXITOCINA.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

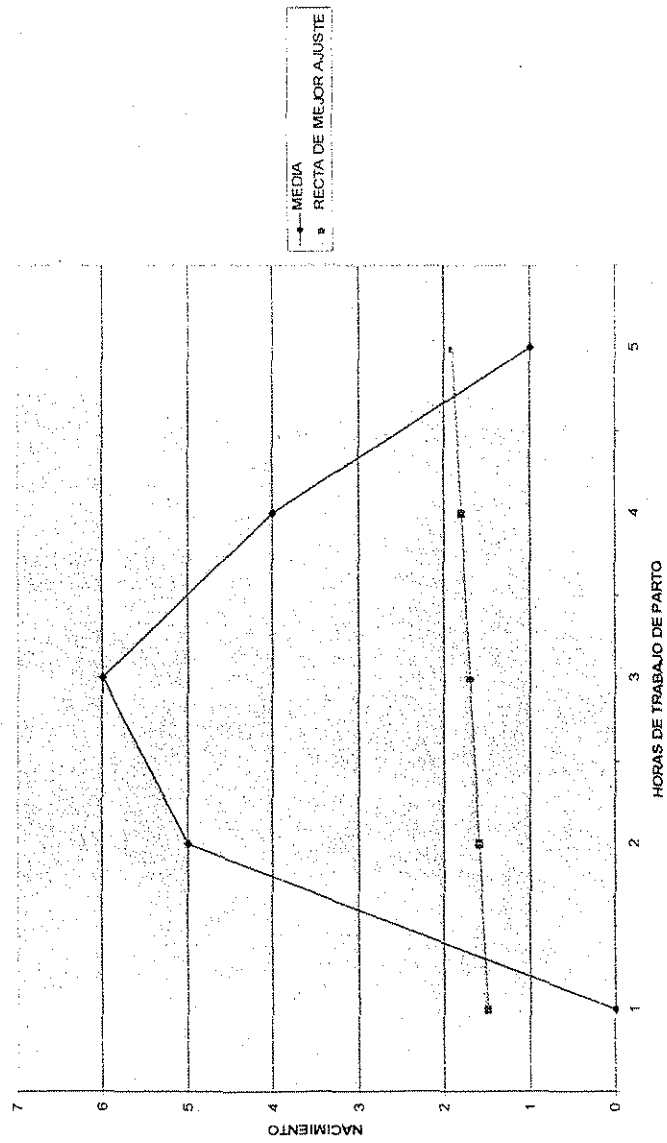
MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



GRAFICA 14. NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES MULTIGESTAS TRATADAS CON N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEDIA Y RECTA DE MEJOR AJUSTE



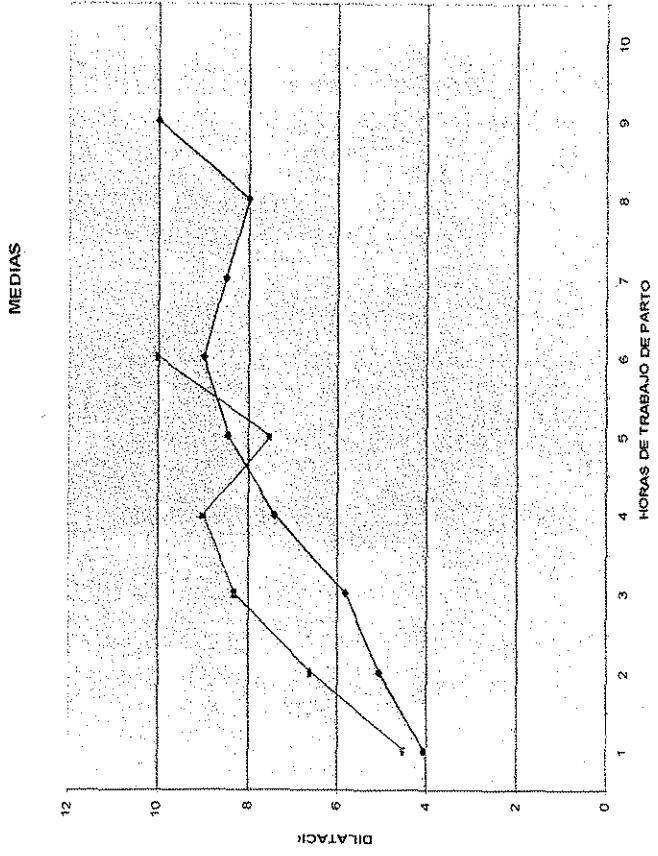
JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

33

GRAFICA 15. COMPARACION ENTRE LA DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS TRATADAS CON OXITOCINA Y N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA - OXITOCINA.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

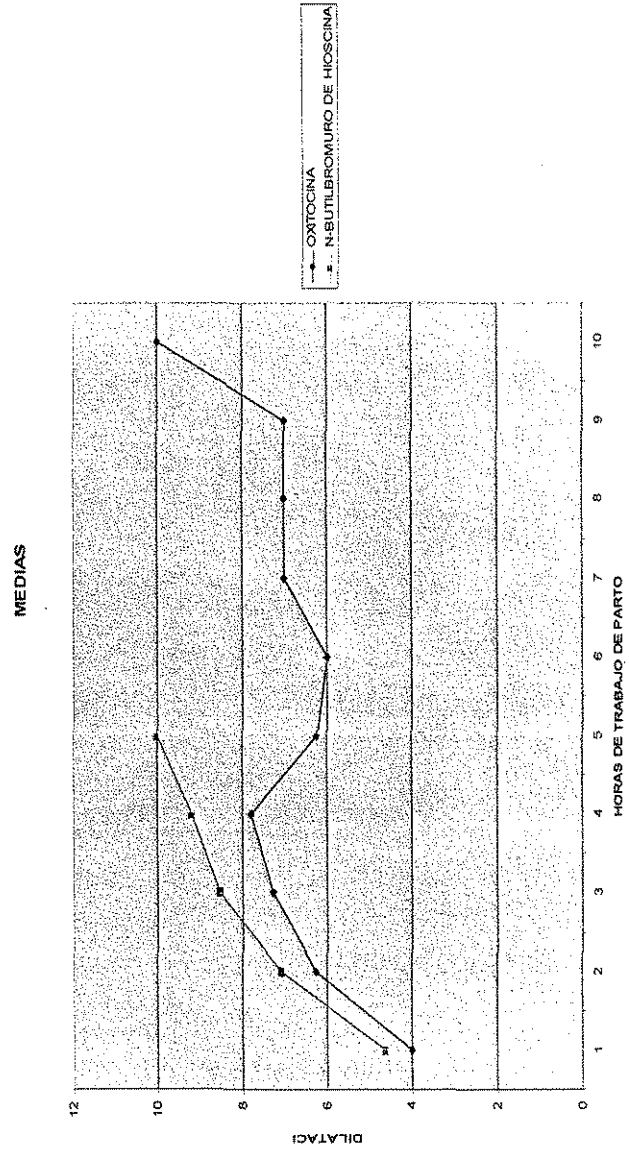


JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

**GRAFICA 16. COMPARACION ENTRE LA
DILATACION POR HORA DE TRABAJO DE PARTO
EN PACIENTES MULTIGESTAS TRATADAS CON
OXITOCINA VS. N-BUTILBROMURO DE
HIOSCINA-OXITOCINA.**

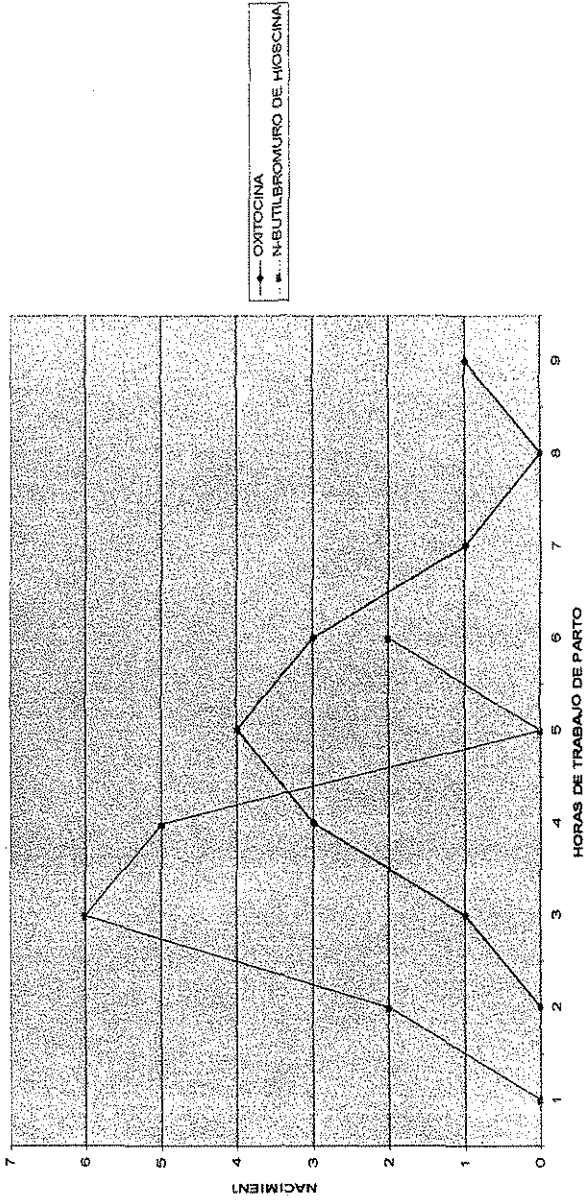
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



**GRAFICA 17. COMPARACION ENTRE LOS
 NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE
 PARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS TRATADAS
 CON OXITOCINA VS. N-BUTILBROMURO DE
 HIOSCINA-OXITOCINA.**

FALTA DE ORIGEN
 TESIS CON

MEDIAS



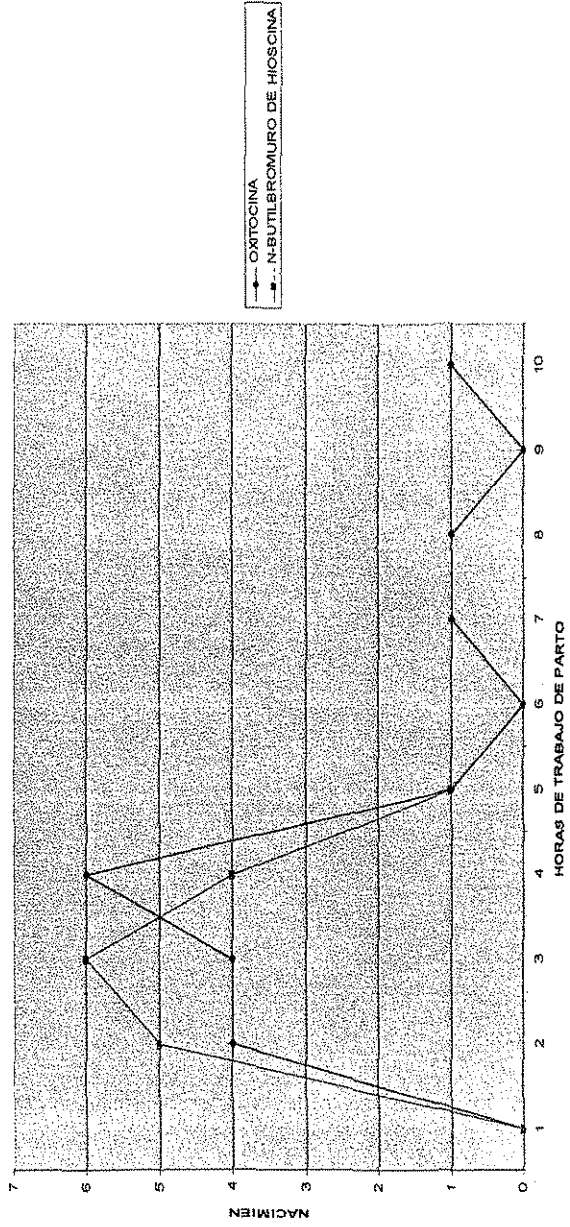
JULIO A OCTUBRE DE 1998.

HOSPITAL DE LA MUJER S.S.

**GRAFICA 18. COMPARACION ENTRE LOS
 NACIMIENTOS POR HORA DE TRABAJO DE
 PARTO EN PACIENTES MULTIGESTAS TRATADAS
 CON OXITOCINA VS. N-BUTILBROMURO DE
 HIOSCINA-OXITOCINA.**

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

MEDIAS



BIBLIOGRAFIA:

1. Danforth D.N.: La morfología del cuello uterino. Clin. Obstet & Gynecol. 1983. Vol. 1. Pp:5 a 43.
2. Conrad J.T.: Características físicas del cérvix. Clin. Obstet & Gynecol. 1983. Vol.1, pp.: 29 a 39.
3. Uldbjerg N, et als. : Maduración del cuello uterino humano. Histoquímica del tejido conjuntivo. Clin. Obstet & Gynecol, 1983. Vol.1, pp: 15 a 27.
4. Bishop E.H. : Pelvic scoring for elective induction. Obstetric & Gynecology. Vol. 24. No.2. August 1964, pp: 266 a 268.
5. Hendricks C,H, Brenner W,E. : Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labor. Amer. J. Obstet. Vol. 106. No. 7 pp: 1065 a 1082.
6. Perry R,L. Et als. : The pharmacokinetics of oxytocin as they apply to labor induction. Am. J. Obstet & Gynecol. Vol. 174. No.5. pp: 1590 a 1593.
7. Watson W,J. Et als. : Factors predicting successful labor induction. Obstetrics & Gynecology. Vol. 88. No.6. Dec. 1996, pp: 990 a 992.
8. Friedman E,A. , et als. : Relation of prelabor evaluation to inductibility and the course of labor. Obstetrics & Gynecology. Vol. 28. No.4. October 1996., pp: 495 a 501.
9. Fausett M,B, et als. : Oxytocin labor stimulation of twin gestation: effective and efficient. Obstetrics & Gynecology. Vol. 90 No.2. August 1997., pp: 202 a 204.
10. Miller F,C. : La actividad uterina en el parto espontaneo. Clinic. Obstet & Gynecol. 1993. Vol. 1, pp: 89 a 97.
11. Rosenstein Emilio. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 36ª. Ed. 1990. México , D.F., Ediciones P.L.M., S.A de C.V., pp: 726.
12. Rosenstein Emilio. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 36ª. Ed. 1990. México, D.F. Ediciones P.L.M. , S.A de C.V., pp: 213 a 214.
13. Romero Salinas G., Et als. : El Bromuro de N- Butilioscina y su efecto sobre el primer periodo del trabajo de parto. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 35. No.209. 1974. Pp: 291 a 299.
14. Abdo Francis J., et als. : Estudio clínico sobre eficacia y seguridad del 1,3,5, Trihidroxibenceno y del 1,3,5, trimetoxibenceno (trifenoles) comparado con butilioscina en el alivio del dolor cólico de origen intestinal. Inv. Med. Int. Vol. 24. No. 65. 1998. , pp: 65 a 71.

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

15. Seitchik J., Chatkoff M,L,. : Intrauterine pressure wave from characteristics in hypocontractile labor before and after oxytocin administration. Am. J. Obstet Gynecol. Vol. 123. No. 44. October 1995. , pp: 426 a 434.
16. Peaceman A,M, Socol M,L,. : Active management of labor. Am J Obstet Gynecol. Vol. 175. No. 2 . August 1996. , pp: 363 a 368.