

91
112171



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EFICACIA DE LA BUTILHIOSCINA Y OXITOCINA
VS OXITOCINA EN EL PRIMER PERIODO DE
TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DR. JOSE MANUEL MARQUEZ SANDOVAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. RAUL RENDON MONTOYA

2003

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

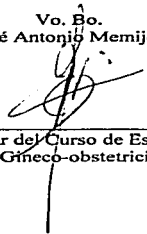
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

"Eficacia de la Oxitoxina y Butilhioscina Vs Oxitocina en el primer periodo de trabajo de parto"

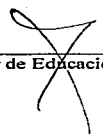
Dr. José Manuel Márquez Sandoval

**Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri**



**Profesor Titular del Curso de Especialización
en Gineco-obstetricia**

**Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez**



Director de Educación e Investigación



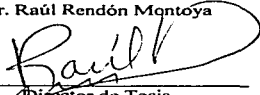
**DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO DE MÉXICO**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

"Eficacia de la Oxitocina y Butilioscina Vs. Oxitocina en el primer periodo de trabajo de parto"

Dr José Manuel Márquez Sandoval

Vo. Bo.
Dr. Raúl Rendón Montoya



Director de Tesis
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia
del Hospital General Ticomán

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alguna vez andando por el camino de la vida, di vuelta atrás y vi el gran recorrido que había hecho, volví hacia adelante levanté mi cabeza al cielo y exclamé :¡ Gracias Dios, por todo lo que me has dado, por la vida, por mis padres y por toda la gente que ha estado a mi lado otorgándome su apoyo, cariño y comprensión incondicional en todo momento I VA PARA TODOS ELLOS MI ETERNO AGRADECIMIENTO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| RESUMEN | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 5 |
| RESULTADOS | 7 |
| DISCUSIÓN | 9 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 10 |
| ANEXOS | |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eficacia de la Butilioscina y Oxitocina Vs Oxitocina en el primer período de Trabajo de Parto.

Material y Métodos: El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Ticomán, en el período del 14 de Noviembre a 16 de Diciembre de 2002, en el área de Ginecología y Obstetricia. Se trató de un estudio cuasiexperimental lontitudinal, prospectivo. La muestra se dividió en dos grupos: A, para aquellas pacientes a las que se administró 20 mg de Butilioscina vía intramuscular y 20 mg vía IV, más 5 U Oxitocina en solución glucosada 5/1000, A 2.5 mU/min, dosis respuesta, y el grupo B, se administrará Oxitocina 5U en 100 ml de solución glucosada 5/1000 a 2.5mU/min. Los criterios de inclusión especifican pacientes mayores de 17 años y menores de 37, los de exclusión se refieren a cesárea iterativa, preeclamsia, Diabetes (cualquier tipo), padecimientos crónico-degenerativos e hipertensión. Se tomó como variable independiente al tipo de tratamiento En tanto la dependiente se tomó como la eficacia lograda.

Resultados: La edad promedio para el grupo A, fue 21.72 años, en tanto el grupo B fue de 22.61 años. La edad más frecuente en el primero fue de 20 y 18 años respectivamente. La Media de gestaciones en ambos grupos fue de 2, la desviación estándar para el grupo A, fue de 1.1823 y para el grupo B de 1.2777. Respecto al borramiento: En ambos grupos las pacientes ingresaban en su mayoría ya con borramiento mayor del 70%. Solo una paciente de cada grupo presentó 40% como mínimo. En tanto que en la dilatación del cuello uterino a su ingreso la gran mayoría ingresó con 4 y 5 cm de dilatación 25 en el grupo A y 21 en el grupo B. Comparando los tiempos de evolución del trabajo de parto de ambos grupos se obtuvo una F de Fisher de 0.026 con una $p > 0.05$. Tanto resultados perinatales como efectos colaterales no tuvieron diferencia en ambos grupos.

Conclusiones: En base a estos resultados concluimos que no existe diferencia estadística significativa en el tiempo de evolución del trabajo de parto en ambos grupos. De igual manera no se reportaron diferencias en los resultados perinatales ni en los efectos colaterales comparando un grupo con otro. Debido a lo anterior puede decirse que sigue sin comprobarse la eficacia de la butilioscina asociada a la oxitocina para mejorar las condiciones del trabajo de parto.

Palabras clave: Primer período de trabajo de parto, Oxitocina, Butilioscina, Disminución de tiempo de evolución, Borramiento, Dilatación, Apgar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

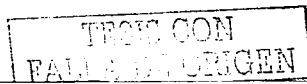
El inicio de trabajo de parto hasta el momento no se explica con certeza el mecanismo de desencadenamiento, existen varias teorías, de las cuales aún no se tiene una que demuestre todos los factores y cambios intra y extracelulares que aparecen en el útero y el cervix para iniciar su modificación y actividad.

El descubrimiento y biosíntesis de la oxitocina vino a revolucionar la inducción y conducción del trabajo de parto. Y sigue siendo hoy en día el fármaco más usado en todo el mundo para este fin.^{1,2}

La Oxitocina es un octapéptido cíclico, con cinco aminoácidos que constituyen el ciclo y los 3 restantes en cadena. Esta hormona se produce en el hipotálamo y desde ahí es liberada en forma pulsátil hacia el lóbulo posterior de la hipófisis donde se almacena. La única diferencia química que tiene la Oxitocina natural con la sintética, radica en el cambio de un aminoácido; se sustituye en el ciclo la Isoleucina por Fenilalanina. Este cambio estructural ha permitido que la Oxitocina sintética haya perdido en parte el efecto vasopresor y que sea casi exclusivamente un activador de la musculatura uterina. En el intervalo para el incremento de la dosis, si no se obtiene la respuesta deseada deberá hacerse en forma estandarizada, existen diversos protocolos que sugieren intervalos que van de los 15 a los 60 minutos, basándose en la vida media establecida para la Oxitocina los incrementos deberán efectuarse a intervalos de entre 20 y 30 minutos, hasta conseguir la respuesta deseada. Hay estudios que demuestran que cuando los incrementos en las dosis son cada 15 minutos es mayor (estadísticamente significativa) la frecuencia de hipertestimulaciones.³⁻⁵

La dosis se podrá incrementar siguiendo diferente criterios: 1.- Incrementos de 1 a 2 mU/min, 2.- La progresión de tipo aritmético. 3.- Por último hay quienes sugieren el incremento en forma geométrica.⁶

No quedando claro si la progresión aritmética tiene ventajas sobre la geométrica o viceversa. Quienes emplean la progresión de tipo aritmético para el incremento de las dosis de Oxitocina afirman que con este proceder se logran obtener las dosis efectivas sin sobrepasar el nivel de la dosis mínima efectiva, en contraposición los



defensores de la progresión geométrica que sostienen que se alcanza la dosis efectiva en un menor período de tiempo. La dosis máxima en caso de no conseguir esa respuesta deseada, se maneja como "techo" las 44 mU/min al provocar efecto antiurético intenso a partir de esa dosis. Cuando es necesario infundir dosis tan altas es preferible utilizar soluciones más concentradas con la finalidad de no aportar un volumen hídrico exagerado, algunas investigaciones reportan la administración de dosis que superan las 400mU/min, sin mencionar gran aumento en la aparición de efectos indeseables como hipertensión o una antiuresis patológica. También existen protocolos que indican que si no se alcanza el objetivo deseado con dosis de hasta 16 o 20 mU/min, debe ensayarse otra vía para la finalización del embarazo.⁷⁻⁹

Por otra parte, en forma empírica en la práctica obstétrica, se ha utilizado la Butilioscina por ser un relajante de músculo liso, que favorece los cambios cervicales. En una investigación se describe que este medicamento produce cambios en el trabajo de parto (mejorando el tiempo y las condiciones de la maduración cervical) y disminuyendo la estancia hospitalaria.¹⁰

La Butilioscina o escopolamina, es un alcaloide natural de la belladona. Químicamente es un éster orgánico, compuesto de un ácido aromático (tóxico) y una base orgánica (escopomina), la cual difiere de la tropina sólo por un puente de oxígeno entre el carbón 8 y 7. Entre las reacciones secundarias causadas a dosis terapéuticas somnolencia, euforia, amnesia, disminución del sueño con movimientos oculares rápidos. Inhibe las secreciones de nariz, boca y faringe, causando sequedad de las mucosas. La musculatura lisa de bronquios y bronquiolos se relaja, disminuyendo la resistencia del paso del aire. Los agentes muscarínicos a dosis habituales tienen la peculiaridad de inhibir la secreción salival, sin alterar la secreción gástrica. Con dosis de .4 a .6 mg causa descenso en la frecuencia cardíaca de 4 a 8 latidos por minuto, si es aplicada por vía intravenosa de manera rápida. Por otra parte, existe taquicardia cuando se administran 2 mg aumentando la frecuencia cardíaca de 34 - 40 lpm. Sus efectos son habituales de 2-5 mg, es mínima sobre la presión sanguínea y la vasodilatación periférica, aumentando la presión sistólica y disminuyendo la diastólica. El aumento de la temperatura corporal, metabolismo

TESIS CON
FALLA EN LA CALIFICACION

basal y cociente respiratoria sólo resultan afectados con dosis tóxicas. La dosis mortal se sitúa alrededor de 500 mg.¹¹⁻¹⁴

Otros medicamentos que han sido estudiado en forma individual y en combinación en el trabajo de parto han sido las prostaglandinas: la E2 y la F2 alfa que al usarse por vía parenteral se asocian con mayores tasas de hiperestimulación uterina y cambios en la frecuencia cardíaca fetal. Además de efectos secundarios en la madre como gastrointestinales, tromboflebitis y pirexia, siendo usadas en la maduración cervical y la inducción del parto como primera opción en los países del primer mundo.^{12,13}

Al comparar el misoprostol con la oxitocina, tuvo menor duración el trabajo de parto aunque con taquisistolia uterina. Un metaanálisis reveló que las pacientes tratadas con misoprostol tuvieron mayor incidencia de parto dentro de las primeras 24 horas de iniciado el tratamiento y taquisistolia, otros estudios reportan un menor tiempo entre la inducción y el parto. Estudios realizados en Latinoamérica comparando el misoprostol y la oxitocina para comparar la eficacia y seguridad de dosis ascendentes, no encontrando significancia estadística en las complicaciones.¹⁵⁻¹⁷

Con base en lo antes mencionado se plantea como objetivo del estudio: comparar la eficacia de la Butilioscina y la oxitocina vs. la oxitocina sola en el manejo del trabajo de parto, ya que en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se se utiliza como tratamiento sin una base científica del resultado que se tiene con estos medicamentos y los efectos secundarios que pueden provocar en el binomio madre-hijo.

Teniendo como hipótesis de investigación: que la combinación de la butilioscina y la oxitocina en el trabajo de parto es más eficaz que la oxitocina sola al disminuir el tiempo de evolución del trabajo de parto con o sin los mismos efectos colaterales y resultados perinatales.

De acuerdo a las estadísticas de la SSA los ingresos hospitalario correspondientes al 2001 fueron de 348,919 siendo la principal causa la atención de parto, con un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incremento anual del 23.8 % anualmente. El Hospital General de Ticomán tuvo una demanda de 4264 atenciones obstétricas durante el 2001, de las cuales 3527 fueron partos (77%) y 1047 fueron cesáreas.^{18,19} Con la finalidad de aportar resultados que sustenten el uso de esta combinación de medicamentos en la práctica de la Obstetricia al aminorar el trabajo de parto prolongado, disminuyendo el riesgo de iniciar con alguna patología el neonato, además el favorecer la calidad de la atención a la paciente embarazada al no acumularse en exceso pacientes en el servicio, debido a la insuficiencia de la infraestructura en cuanto a capacidad, ya que la mayoría de las veces sobrepasan el cupo de pacientes, no dándoles oportunidad de ingresar al resto de demandantes del servicio.²⁰

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Ticomán, en el período comprendido del 14 de Noviembre al 16 de Diciembre de 2002, en el área de Tococirugía.

El tipo de diseño fue un estudio cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo.

Realizándose un censo de las pacientes en trabajo de parto, ingresadas al servicio de Obstetricia con los siguientes criterios de inclusión: pacientes embarazadas con edad mayor de 17 años y menor de 37 años, embarazo mayor de 37 semanas de gestación y menor de 42 en fase inicial de trabajo de parto con o sin ruptura de membranas.

Con los siguientes criterios de exclusión: pacientes embarazadas con antecedentes de Cesárea iterativa, preeclampsia, diabetes de cualquier tipo, padecimientos crónico degenerativos, condilomas que obstruyeran canal vaginal, sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalo-pélvica, intolerancia a alguno de los medicamentos y distocias del trabajo de parto. Se eliminaron a las pacientes que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado, trasladadas a otra unidad hospitalaria o que solicitaron su alta voluntaria.

Se tomó como variable dependiente: la eficacia (tiempo de evolución del trabajo de parto) y como variable independiente el tipo de tratamiento (grupo A: pacientes manejadas con butilioscina y oxitocina y grupo B: pacientes con oxitocina sola).

Para la distribución de las pacientes se eligió a la primera en forma aleatoria lanzando una moneda, y asignando con águila el grupo A y para Sol el grupo B, posteriormente fueron asignadas en forma alterna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inicialmente se solicitó el llenado de consentimiento informado al ingreso de las pacientes a la unidad tocoquirúrgica, aplicándosele al grupo A 20 mg. de butilhisocina IM y 20 mg. diluidos en 1000 ml. de solución glucosada al 5% + 5 unidades de oxitocina iniciando a 2 miliunidades por minuto dosis respuesta. Al Grupo B se le aplico 5 unidades de oxitocina en 1000 ml. de Sol glucosada al 5% iniciando de la misma manera; realizando mediciones cada 15 a 20 minutos para el aumento del medicamento y cada 30 minutos las condiciones maternas en cuenta a borramiento y dilatación y las fetales como fue la frecuencia cardiaca fetal.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron el partograma (fig. 1) y la hoja de ingreso.

Para la tabulación y el análisis estadístico se elaboró una base de datos en Excel 98, realizando un análisis descriptivo (a través del calculo de la media, σ y porcentaje) y para la confirmación de la hipótesis se calculo la F de Fisher.

Siendo una investigación con riesgo mínimo al utilizarse medicamentos que son de uso común.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se captaron 100 pacientes de acuerdo a los criterios previamente descritos, que fueron distribuidos en 2 grupos de 50 pacientes cada uno.

En la fig. 2 se observa que el intervalo de clase de 20 a 23 años tiene la mayor frecuencia con 34 pacientes y la edad promedio para el grupo A fue de 21.72 años y para el grupo B fue de 22.61 años.

El número de gestaciones que se reporta en la fig. 3 fue para el grupo A de 27 casos (54%) para las pacientes primigestas en comparación con 19 pacientes (38%) del grupo B. La moda para el grupo A fue de 1 gestación, lo mismo para el grupo B. La media de gestaciones en ambos grupos fue de 2, la desviación estándar para el grupo A, fue de 1.1823 y para el grupo B de 1.2777.

Respecto al borramiento, 26 pacientes del grupo ingresaron con 80%, 17 con 70%, 4 con 60%, dos con 50% y solo una con un 40%. Y las del grupo B 18 ingresaron con 80%, 22 con 70%, 6 con 60%, tres con 50% y una con 40%, fig. 4.

La dilatación al momento de su ingreso fue para el grupo A: una paciente con 2 cm. de dilatación, seis con 3 cm. dieciocho con 4 cm. veinticuatro con 5 cm. y solo una con 6 cm. El grupo B: fue ocho pacientes con 3 cm. diecinueve con 4 cm. veintiuno con 5 cm. y dos pacientes con 6 cm, fig. 5.

En la fig. 6 se reporta el tiempo de evolución del trabajo de parto, en donde la mayor frecuencia para ambos grupos fue en el intervalo de 90 a 187 minutos. Comparando los tiempos de evolución del trabajo de parto de ambos grupos se obtuvo una F de Fisher de 0.026 con una $p > 0.05$.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los resultados perinatales no difirieron en ambos grupos, ya que en el grupo A sólo dos pacientes presentaron un Apgar de 7/8/9 y en el grupo B tres pacientes; el resto de ambos grupos fue de 8/9/9.

Los efectos colaterales tampoco tuvieron diferencias significativas encontrándose en el grupo A dos pacientes con nausea y una con vómito, y en el grupo B solo una paciente con nausea y una con vómito.

TESIS CON
FALLA DE CENSO

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos la edad promedio es muy similar a la reportada en la tasa nacional de atención de embarazos.

Se rechaza la hipótesis de investigación al obtener un valor de F de Fisher no significativa y al no haber diferencias en los efectos colaterales y los resultados perinatales.

Se recomienda realizar un nuevo estudio en donde se controlen otras variables como son el borramiento y dilatación antes de la intervención farmacológica y en el tiempo que tarde en lograrse el 100% de los cambios esperados y compararse las pacientes con características similares en cuenta al número de gestaciones pues como ya se sabe las primigestas borrarán mas rápido que las multigestas así como la dilatación será mas rápida en las grandes multiparas. Es muy importante que sea solo una persona quien valore y de seguimiento a las pacientes durante su trabajo de parto.

Cabe aclarar que en forma descriptiva si se observan diferencias en el tiempo de evolución del trabajo de parto con una disminución del mismo en las pacientes del grupo A.

Debido a lo anterior, puede decirse que sigue sin comprobar estadísticamente el uso de la Butilhioscina asociada a la oxitocina para mejorar las condiciones del trabajo de parto.

TESIS CON ESTA TESIS NO SALE
FALLA DE CUMPLIMIENTO DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liggins GC. *Initiation of parturition*. Br. Med. Bull. 35: 145-152; 1979
2. Speert H. *Obstetrics and Gynecology in América*. A History. Ed. College of Obstetricians and Gynecologists. Chicago 1980.
3. Wilson PD. *A comparison of four methods ripening the unfavourable cervix*. Br. J. Obstet. Gynaecol. 66: 769-773; 1978.
4. Carsten ME, Miller JD. *A new look at uterine muscle contraction*. Am. J. Obstet Gynecol. 157: 1303-1306; 1987.
5. Crall HD, Mattison DR. *Oxitocin pharmacodynamics: effect of long infusión on uterine activity*. Gynecol. Onstet. Invest. 31: 17-22; 1991
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997:396-401.
7. De Geest K, Thiery M, Piron Possuyt G. *Plasma oxytocin in human pregnancy and parturition*. J. Perinat. Med. 13: 3-5; 1985.
8. Elliot JP, Flaherty JF. *The use of breast stimulation to ripen the cervix in term pregnancies*. Am. J. Obstret. Gynecol. 145: 553-556; 1983
9. Garfield RE, Kannan MS, Daniel EE. *Gap junction formation in myometrium: control by estrogens, progesterone and prostaglandins*. Am. J. Physiol 238: C 81, 1980.
10. Berstein EP, Leyland N, Gurland P. *Cervical ripening and labor induction whit prostaglandin E2 gel: a placebo-controlled study*. Am. J. Obstret. Gynecol. 156: 336-340; 1987.
11. Bugalho A, Riquel Machungo F. *A comparative study of vaginal misoprostol and intravenous for induction labor*. Ginecol Obstet Invest 1995; 39 (4): 252-6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. Bugnon A, Panigua AE, Postiglione G Lardizabal JL. *Inducción del trabajo de parto con misoprostol*. Ginecol Obstet Mex 1994; 62: 407-14
13. Camarasa M, Quintela J. *Técnicas actuales de la inducción*. Juicio crítico de las mismas. Progr. Obstet. Ginec. 15: 201, 1972.
14. Campos P, Germán Guzmán CS, Rodríguez JG, Voto Ls. *Misoprostol: un análogo de la PGE1 para la inducción del parto a término: estudio comparativo y randomizado con Oxitocina*. Rev Chil Obstet Ginecol 1994; 59(3): 190-6.
15. De Mucio Cedrani B. *Inducción del parto con un análogo de las prostaglandinas: Eficacia de su aplicación para madurar el cuello e inducir el parto en el embarazo prolongado*. Montevideo: centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1994:17.
16. Viera, N. *Inducción del parto, con oxitocina prostaglandinas y ambas*; Facultad de Ciencias Médicas en Hospital Ginecobstétrico, Clínica Obstetrics And Gynecology, Vol 43, Num 3:445-468, 1999
17. Campos, P. German, C, Rodríguez. *Misoprostol: un análogo de la PGE1 para la inducción del parto a término: Estudio comparativo y randomizado con oxitocina*. Clínica obstétrica and Gynecology, Vol 52, Num 4:135-138. 1999
18. Buttino, L. *Oxitocina Vs prostaglandinas para la paduración cervical*, División de Medicina materno-Fetal del Centro de Estudios en Reproducción. Clínica Obstetrics and Gynecology Vol. 56 Num 6: 166-169. 1999
19. Arrieta, B, Rodríguez Yances, C. *Misoprostol Vs oxitocina, revista de la Facultad de Medicina*, Cartagena, Colombia Vol 5: 1,26-29 1999
20. Lyndrup J. *Oxitocina y Butilhioscina en la Inducción del Trabajo de Parto* Clínica de Ginecología de Hospital Porto Allegre, Brasil, British Journal, 2000; 42:99-103.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROTOCOLO DE INVESTIGACION
EFICACIA DE LA OXITOMEICINA Y BUTILHIOSCINA VS. OXITOCINA EN EL
PRIMER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

Figura 1A

UNIDAD MEDICA _____ CLAVE _____

IDENTIFICACION

NOMBRE _____ No EXP _____

EDAD _____ FECHA _____

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

FUM _____ GESTA _____ PARA _____ ABORTOS _____ CESAREAS _____

SEMANAS DE GESTACION _____ VIGILANCIA PRENATAL _____ SI NO

GRUPO SANGUINEO _____ RH _____ REACCION LUETICA _____

EVOLUCION DEL EMBARAZO _____

DATOS CLINICOS AL INGRESO

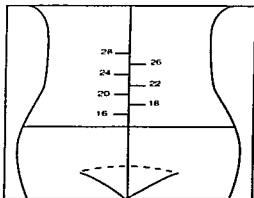
HORA DE INGRESO _____ INICIO DE CONTRACCION C/DOLOR _____

CONTRACCION EN 10 MINUTOS _____ TONO _____

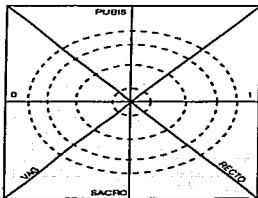
HEMORRAGIA _____ EDEMA _____

FR _____ PULSO _____ TA _____ TEMP _____

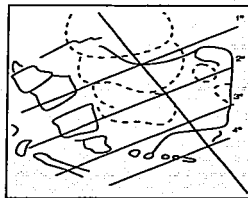
FOFO FETAL Y ALTURA DEL UTERO



DILATACION Y POSICION



ALTURA DE LA PRESENTACION



MOVIMIENTOS FETALES

SI NO

F C F _____ POR MIN _____

MEMBRANAS INTG _____ ROTO _____

RUPTURA ESP PROV

CUELLO UTERINO

DILATACION _____ CMS.

BORRAMIENTO _____ %

POSICION _____

CONSISTENCIA _____

LIQUIDO AMNIOTICO

ASPECTO _____

NORMAL

HEMORRAGIA

MECONIAL

IMPRESION DX _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE OXIGEN

Figura 1B

SALA TRABAJO DE PARTO _____ CAMA _____ SOLICITA OTB _____
 FACTORES DE RIESGO _____
 MEMBRANAS _____ TRABAJO DE PARTO AL INGRESO _____ HORAS _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| FECHA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRECUENCIA | 180 | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. FETAL | 140 | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAT./min. | 120 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (X) | 100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| DILATACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMBIOTOMIA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VARIEDAD DE POSICION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | HORAS DE ESTANCIA EN TRABAJO DE PARTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MILIONIDADES DE OXITOCINA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALGESIA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BLOQUEO (B) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEDACION (S) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T.A. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PULSO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMPERATURA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELVIS | ESTRECHOS: SUPERIOR () MEDIO () INFERIOR () S = SUFICIENTE L = LIMITE R = REDUCIDA | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICO CLAVE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | |

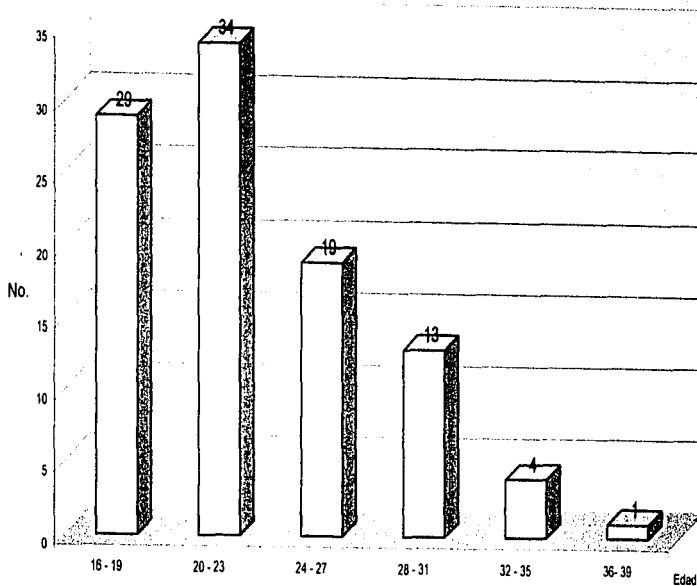
PLAZOS FGD00 (+)
 LIBRE I III IV

RECIENTE NACIDO

PESO:

APGAR:

Fig. 2 Edad de las pacientes atendidas en Trabajo de Parto

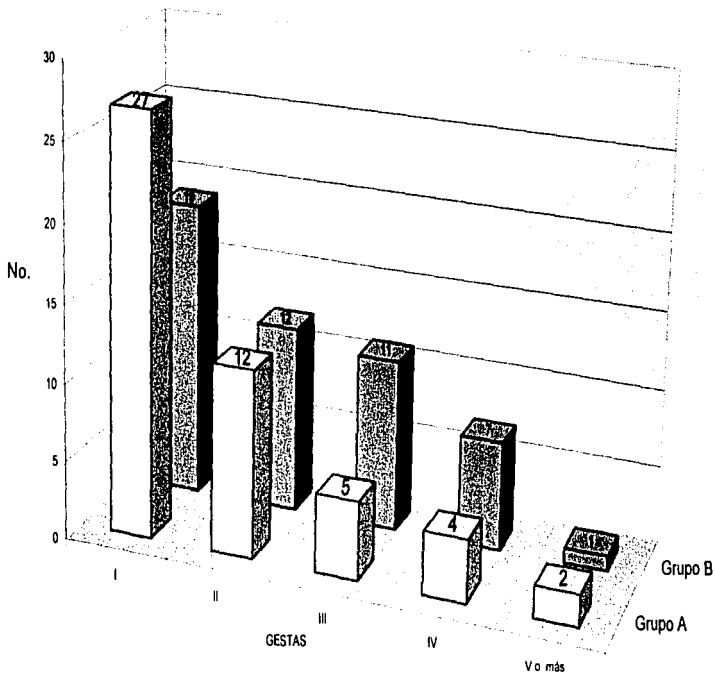


Edad media del grupo A = 21.72 años y del grupo B = 22.61 años.

Fuente.- Hospital General Ticomán 2002.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

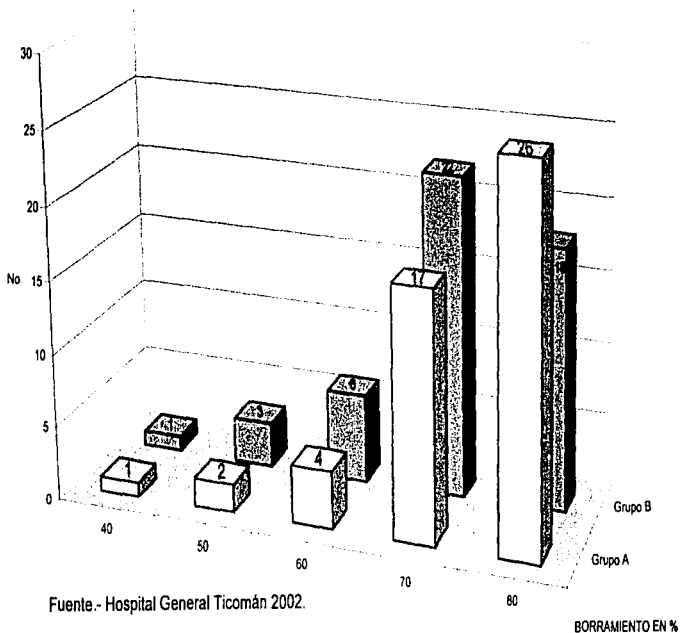
Fig. 3 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS



Fuente.- Hospital General Ticomán 2002.

TESIS CON
 FALTA DE
 CUBRIR

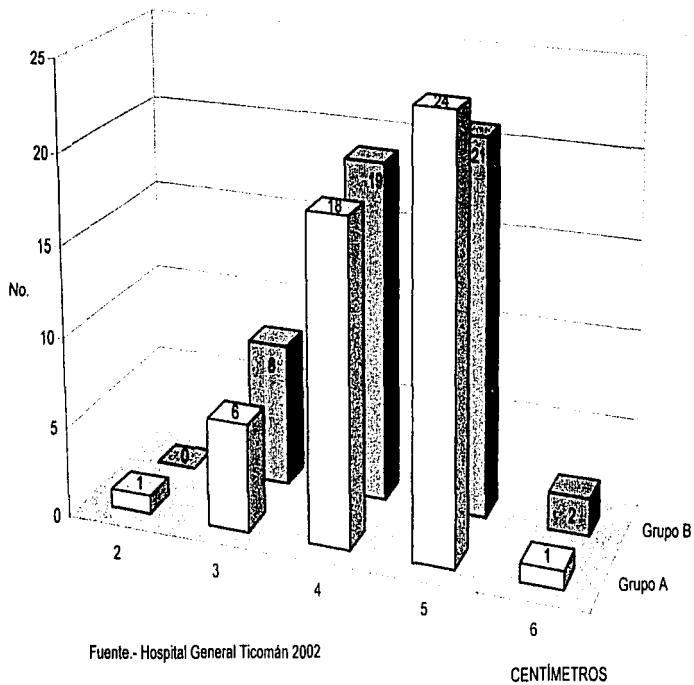
Fig. 4 BORRAMIENTO DEL CUELLO DE LAS PACIENTES MANEJADAS CON OXITOCINA Y BUTILHIOSCINA VS. OXITOCINA A SU INGRESO



Fuente.- Hospital General Ticomán 2002.

TESTES CON
 PALLAS DE COCINA

Fig. 5 DILATACION CERVICAL AL INGRESO

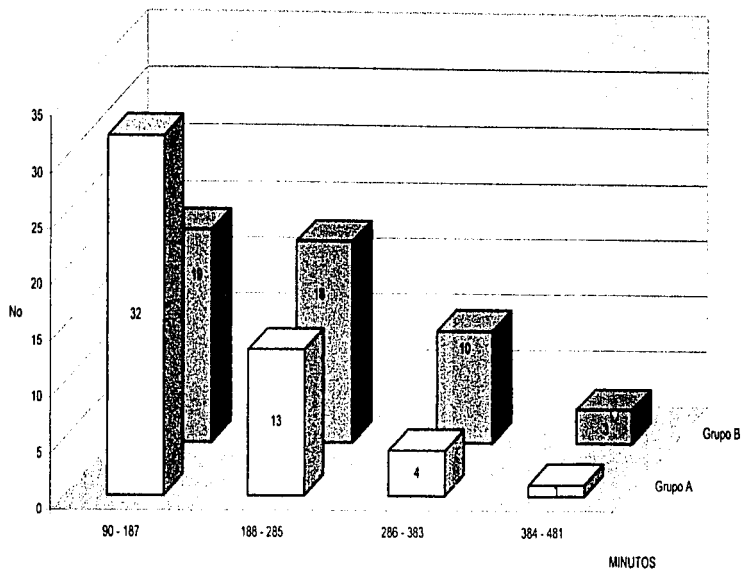


Fuente.- Hospital General Ticomán 2002

CENTIMETROS

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

Fig 6 TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE TRABAJO DE PARTO



Fuente: Hospital General Ticomán 2002n

TESTE COM
FALLA DE ORIGEN