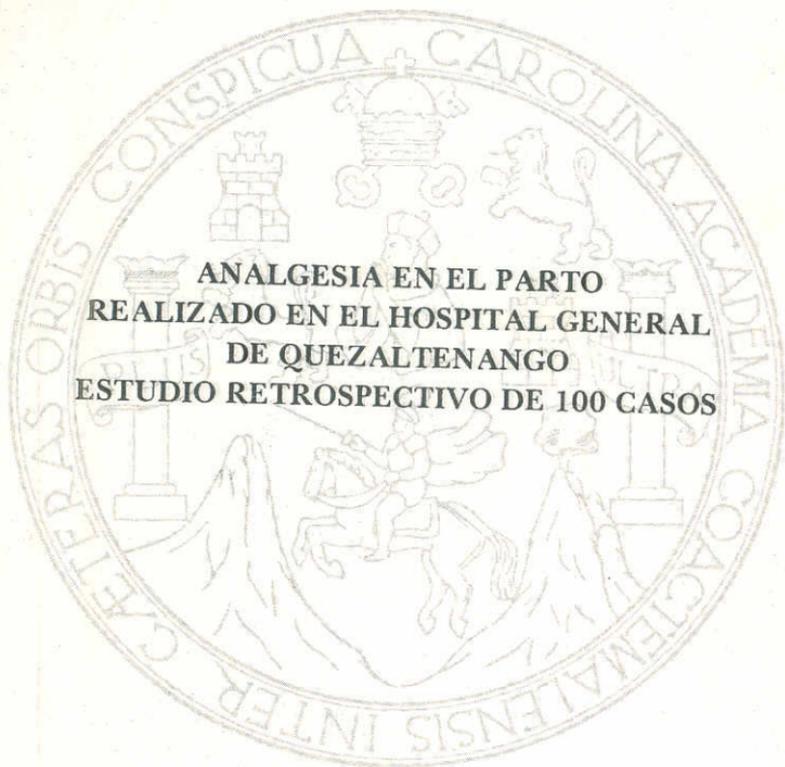


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**ANALGESIA EN EL PARTO  
REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE QUEZALTENANGO  
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 100 CASOS**

**EDMER JOEL HOFFENS MINERA**

**GUATEMALA, ABRIL DE 1,981**

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. GENERALIDADES
- III. ANTECEDENTES
- IV. OBJETIVOS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.
- VII. DISCUSION
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El campo de la obstetricia ha evolucionado últimamente en una forma amplia y segura en beneficio de la madre y de el niño, un buen control prenatal y hospitalario ayuda a detectar padecimientos a tiempo y a un mejor control de éstos, esto hace llegar a las pacientes en mejores condiciones para el momento culminante del parto.

Desde tiempos inmemoriales ha sido y sigue siendo hasta la fecha, un problema el control de los dolores de parto, más en varias ocasiones es mucha la importancia que se le da a la analgesia materna y poco se piensa en los efectos que pudiera tener en el futuro. El momento final es el trabajo de parto para el que debe llegar la paciente en las mejores condiciones, y éste no solo debe ser vigilado sino conducido inteligentemente, desde su principio hasta su final, poniendo en juego las diversas armas ya sea de tipo médico o quirúrgico, para que el producto nazca en las mejores condiciones con el mínimo de sufrimiento o de peligro para la madre.

A toda embarazada que se ponga al cuidado de un médico, debe tratarse de quitarle cuanto sea posible el miedo al parto, al gran número de primigestas que son atemorizadas por sus amigas o parientes, se les debe dar la seguridad de que es infundado ese temor; que se le suprimirá parte del dolor del parto y que la persistencia de sus aprehensiones pueden agravar los dolores y complicar el parto.

En este estudio se hace una revisión amplia de la bibliografía, se analizarán los resultados obtenidos con las pacientes estudiadas, comparándolos con los resultados de un grupo control, haciendo una descripción de di-

Los autores de varias bibliografías propagan nuevos métodos y proponen nuevas técnicas y nuevos medicamentos, pero a pesar de innumerables investigaciones de laboratorio a este respecto la droga que satisfaga los requisitos para analgesia en el parto, no ha sido encontrada.

En este estudio se analizarán los efectos de un compuesto Pirazolónico y Magnesio en el trabajo de parto, se trata del Fenildimetilpirazolona-metilamino-metansulfonato de magnesio, conocido comercialmente como Magnopy.

En este estudio, no se pone a prueba ninguna hipótesis, puesto que al final se hace un informe descriptivo de los resultados obtenidos.

## II. GENERALIDADES

La Analgesia obstétrica, se inició y ha sido practicada hace más de un centenar de años, sin embargo en la práctica posee una difusión muy escasa, y desacorde con los progresos de la obstetricia actual, en esto influye una estacada insuficiencia en la difusión de los alcances logrados con la analgesia hasta el momento actual y una centuada disparidad de criterio, tanto por parte del médico como del público en pro y en contra de los derechos sobre su aplicabilidad.

La analgesia y la anestesia buscan en obstetricia la abolición de los dolores del parto sobre dos planos distintos: el de la abolición de la conciencia (anestesia) o el de la conservación de ella (analgesia).

La aplicación de analgésicos en el parto nace del concepto de que los dolores son supérfluos e innecesarios para la marcha del trabajo de parto, siendo éste el único fenómeno fisiológico en la especie humana que se cumple con dolor. Sentados estos hechos surge la idea de que la ejecución de la analgesia es no solo un derecho de la parturienta, sino también por parte del médico una obligación que nada lo contraindica. Para trazar algún método que sirva al obstetra para juzgar con precisión de las indicaciones de la aplicabilidad, y de las virtudes relativas de una droga, y pueda de esa manera adoptar la medicación en las particularidades de las circunstancias en las pacientes, o del momento, se deben considerar las condiciones siguientes:

- Que la interesada esté de acuerdo con la aplicabilidad.

Por indicación del médico, si considera el caso carente en absoluto riesgo.

Frente a dolores excesivos o parto hiperálgico

Frente a obstáculos del parto subsanables con la analgesia.

Frente a ciertos estados disquinésicos, como estados espasmódicos del útero; en particular del cuello y contractura de los músculos perineales.

Frente al agotamiento materno

En relación al medicamento a usarse, debe tomarse muy en cuenta lo siguiente:

El grado de analgesia que produzca

El efecto que tenga en el feto

El efecto en la madre y especialmente en el mecanismo de parto bien instalado.

Las necesarias facilidades de que se disponga para la administración del medicamento, como por ejemplo enfermeras, equipo hospitalario y anestesiistas.

A continuación analizaremos brevemente la explicación de los métodos antes mencionados, puesto que esto nos va a sentar las bases de la responsabilidad legal del médico, las condiciones legales para su aplicabilidad giran en los siguientes conceptos: No deben haber contraindicaciones ya sea de orden clínico u obstétrico; que existan una de

las indicaciones antes mencionadas; que el método y la técnica asiente sobre bases científicas aceptables y esté respaldado por el concenso de la mayoría, y por último que la analgesia se realice por manos responsables. En la analgesia obstétrica, es importante que las drogas administradas produzcan poco o ningún efecto en las contracciones uterinas, pues de lo contrario pueden interferir el progreso del parto.

Aclararé que en nuestro medio, todavía no se generalizan los procedimientos para atender partos poco dolorosos, pues las ideas religiosas por una parte y, el poco conocimiento de estos métodos modernos, impiden el manejo fácil de drogas que en otros lugares son usados ya ampliamente.

Es importante penetrar más a fondo en el asunto y considerar la necesidad y obligación de muchos obstetras de aliviar el sufrimiento de un ser humano.

Uno de los factores que influyen más en los dolores de parto, es el estado psicológico de la paciente, el cual aumenta más cuando ella es primigesta y ha sido influenciada por pláticas que ha exagerado demasiado el proceso fisiológico o cuando es múltipara y ha tenido la desgracia de caer en manos profanas que la han obligado a soportar un trabajo de parto prolongado. Se considera muy importante la educación prenatal de las pacientes, consejos y enseñanzas que deben recibir del obstetra durante la gestación y, cuando el parto se aproxima, deben haber adquirido la confianza y la seguridad de que los sufrimientos básicos de su parte resultarán compatibles con su sensibilidad.

## ARSENAL MEDICAMENTOSO PARA LA ANALGESIA DEL PARTO EN EL PERIODO DE DILATACION

Como se ha mencionado anteriormente es grande el número de los métodos ideados; no obstante, solo algunos han logrado trascender. Algunos han usado métodos sedativos simples, otros anestésicos locales regionales y algunos anestésicos y analgésicos generales. Seguidamente cito los medicamentos que más se han utilizado para la analgesia del período de dilatación.

DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA: Estas sustancias se utilizan corrientemente durante el trabajo de parto. Entre las ventajas de su empleo se mencionan las siguientes: la ausencia casi total de reacciones colaterales maternas y ninguna depresión respiratoria fetal. Sin embargo, estos antiespasmódicos y analgésicos, ejercen sólo una acción mediana sobre el dolor del parto.

DERIVADOS FENOTIACINICOS: Entre ellos se destacan la prometacina y la cloropromacina. Se han utilizado frecuentemente hace ya mucho tiempo con efectos favorables y sin perjuicios materno-fetales. El inconveniente de la cloropromacina, es que produce una alienación de la parturienta en relación del medio ambiente, que se juzga perjudicial para la evolución eutócica del parto.

DIACEPINICOS: Surgen como preciosa arma terapéutica, ejercen un excelente efecto tranquilizante, pero la acción antiespasmódica es muy discreta. No deprimen los Recién Nacidos.

DERIVADOS DE LA MEPERIDINA: Poseen una excelente acción analgésica y antiespasmódica, su rendimiento es

bueno, mejor que el del opio, produce sueño ligero y posee las propiedades antiespasmódicas anotadas, en este sentido supera la morfina por su más corta duración, su menor acostumbamiento y también por menor actividad letárgica y dificultad mental. Sobre la madre es de absoluta inocuidad, sobre el parto es indiferente o presenta en cambio una acción aceleratriz. Para el feto parece también inócua o por lo menos de actividad depresora menor que la morfina. Se contraindica cuando hay sufrimiento fetal y/o prematuridad. No es conveniente administrar más de 100 miligramos durante el trabajo de parto por producir depresiones respiratorias en el producto.

La meperidina es asociada con cierta frecuencia a otras drogas en particular con la prometazina y el fenergan constituyen así una mezcla lítica cuyos resultados son mejores que cuando se administra solo meperidina.

Estas asociaciones de fármacos no modifican o aumentan ligeramente las contracciones del útero, por lo que pueden ser útiles aún para la conducción del parto; en cambio pueden ser depresores del centro respiratorio fetal, o pueden producir hipotensión por lo que deben ser administrados con prudencia.

DERIVADOS PIRAZOLONICOS CON ASOCIACION DE MAGNESIO O SODIO: Entre estos medicamentos el Lisalgil, Magnopyrol y Baralgina respectivamente, son potentes analgésicos y antiespasmódicos no narcóticos que actúan a nivel de médula espinal y sobre el tálamo óptico y no sobre la corteza, de modo que no produce ni excitación ni depresión cortical. La acción principal es la analgesia sin hipnosis.

ARSENAL MEDICAMENTOSO PARA EL TRABAJO DE -  
PARTO EN LA FASE DE EXPULSION

En la fase expulsiva se utilizan una variedad de analgésicos y anestésicos siendo estos más complicados y de más cuidado en la administración, tales como la anestesia general que conlleva a una depresión del sistema nervioso central. La placenta no constituye una barrera contra los anestésicos generales, por lo tanto deprimen también el sistema nervioso central fetal. Otro riesgo constante con cualquier anestésicos general consiste en la aspiración del contenido gástrico.

Los anestésicos generales según su composición se clasifican en tres grupos:

1. ANESTESICOS GASEOSOS: Entre éstos se mencionan el Oxido Nitroso el cual es un gas que se utiliza para producir un alivio intermitente del dolor, durante el parto, este agente produce analgesia pero, no una verdadera anestesia. El Ciclopropano es un gas muy explosivo y siempre se administra con un sistema cerrado. Una concentración de 3 a 5% en oxígeno producirá analgesia y de 6% hasta 8% provocará inconciencia. Una concentración de 15% al 25% de este gas mantiene una anestesia quirúrgica y de 30% desarrolla insuficiencia respiratoria.
2. ANESTESICOS VOLATILES: Entre éstos se mencionan El Eter el cual es un anestésico excelente pero de control muy delicado y por la depresión del sistema nervioso central en el feto se ha descontinuado. El Halotano (fluothane) es un agente potente y no explosivo usado generalmente con óxido nitroso y oxígeno para la anestesia general, su uso en la anestesia

obstétrica resulta aún muy insegura por las probabilidades de muy acusada relajación uterina con hemorragia post-parto consecutiva, así como las posibilidades de causar lesiones hepáticas agudas. El Tricloroetileno (trilene); este agente ha sido usado de manera favorable en algunos lugares, pero tiene un inconveniente de que prolonga el segundo período de parto. El Cloroformo; la aplicación prolongada de este medicamento tiene a veces como consecuencia, una intensa necrosis central de los lóbulos hepáticos, que en ocasiones puede causar la muerte del feto varios días después del parto. Además puede haber paro cardíaco o respiratorio durante la anestesia. Aunque el cloroformo es un buen anestésico desde el punto de vista fetal, pues produce buena oxigenación a éste, pero sus riesgos han impedido su aplicación; sin embargo se usa con éxito en diversas clínicas.

3. ANESTESICOS INTRAVENOSOS: El Tiopental (Pentothal); es uno de los más usados en obstetricia, con la ventaja de fácil aplicabilidad, prontitud de restablecimiento sin vómitos. Una técnica de uso muy común es la inyección única de Tiopental sódico por vía intravenosa, e inhalación de óxido nítrico y oxígeno e inyección de succinilcolina por vía intravenosa combinada con intubación endotraqueal. Este barbitúrico cruza la placenta con gran rapidez, y eleva el nivel sanguíneo en el feto hasta nivel materno, después de 2 a 3 minutos.

## ANESTESIA REGIONAL

Los dolores de parto en el primer período derivan del útero el cual está inervado por el sistema nervioso simpático, aún que en parte también de los parasimpáticos. El componente parasimpático está representado por el nervio pelviano, está formado por algunas fibras procedentes de los nervios sacros II, III y IV. Las fibras simpáticas salen del útero y atraviezan el ganglio de Frankenhauser - (ganglio cervical posterior), se dirige al plexo hipogástrico. Estas fibras avanzan y penetran dentro de la médula espinal por los ramos comunicantes blancos, a nivel de las vértebras dorsales XI y XII.

Entre las técnicas de anestesia regional se mencionan las siguientes: 1) Infiltración local del perine; 2) Bloqueo pudendo transperineal; 3) Bloqueo pudendo transvaginal; 4) Bloqueo parasacral y paravertebral; 5) Bloqueo paracervical; 6) Bloqueo epidural lumbar continuo para el parto vaginal; 7) Bloqueo caudal; 8) Anestesia espinal (subaracnoidea); 9) Bloqueo epidural lumbar intermitente.

No se hace énfasis en cada técnica, puesto que se mencionan como formas de anestesia local. Seguidamente en las tablas aparecen los medicamentos anestésicos de acción local con su nombre químico, nombre comercial, concentración, dosis máxima en miligramos. Inicio de la anestesia quirúrgica en minutos y duración de la anestesia en horas.

CUADRO No. 1

MEDICAMENTOS ANESTESICOS DE ACCION LOCAL (8\*)

Nombre Químico	Nombre Comercial	Concentración (%)	Dosis máxima Mgs	Inicio de Anestesia Quirúrgica	Duración de Anestesia en horas
Procaína	Novocaína	0.5 a 2	1000	1 a 10 m.	3/4 - 1.50
Tetracaína	Pontocaína	0.5 a 0.25	200	1 a 15 "	3 - 6
Lidocaína	Xilocaína	0.5 a 2	500	1 a 10 "	1.50 - 2.50
Mepivacaína	Carbocaína	0.5 a 2	500	1 a 10 "	1.50 - 2.50
Piperocaína	Meticaína	0.5 a 1.50	1000	1 a 10 "	1 - 1.50
Hexilcaína	Ciclaína	0.5 a 2	500	1 a 10 "	1.25 - 2.00
Clorprocaína	Nesacaína	0.5 a 2	1000	1 a 10 "	0.75 - 1.00
Prilocaína	Citanest	0.5 a 3	600	1 a 10 "	0.50 - 3.00

(\*) Williams. Luis M. Hellman y Jack A. Pritchard, Obstetricia.

En el cuadro anterior se mencionan las concentraciones y dosis usadas para la infiltración local, bloqueo paravertebral, de los nervios somáticos torácicos XI y XII, bloqueo paravertebral de los segundos ganglios simpáticos lumbares, bloqueo paracervical, bloqueo presacral y bloqueo del nervio pudendo.

CUADRO No. 2

ANESTESICOS DE ACCION LOCAL, CONCENTRACION Y DOSIS BLOQUEOS CAUDAL Y EPIDURAL LUMBAR (8\*)

Nombre Químico	Nombre Comercial	Concentración (%)	Dosis máx Mgs.	Inicio de Anestesia Quirúrgica	Duración de Anestesia en horas
Procaína	Novocaína	2	1000	8 a 15 mi.	0.75 a 1.25
Pirocaína	Metocaína	1.50	1000	8 a 15 "	0.75 a 1.25
Lidocaína	Xilocaína	1 a 2	500	8 a 15 "	1.50 a 2
	Lignocaína	----	----	-----	-----
Mepivacaína	Carbocaína	2	500	8 a 15 "	1.25 a 2
Clorprocaína	Nesacaína	2	1000	8 a 15 "	0.75 a 1.50

(\*) Williams. Luis M. Hellman y Jack A. Pritchard, Obstetricia.

ACCION FARMACOLOGICA DEL FENILDIMETILPIRA-  
ZOLONA-METILAMINO-METANSULFONATO DE MAG-  
NESIO

La farmacología de la sustancia fue estudiada detenidamente, y se encuentra resumida en un artículo de clínicas mensuales mexicanas (2\*\*) cuya publicación destaca algunos de los puntos siguientes.

La acción fundamental de este compuesto se ejerce sobre el sistema nervioso central, pero, describo además la acción en diversas partes del cuerpo.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: La acción del medicamento sobre el sistema nervioso central se diferencia grandemente de los compuestos narcotizantes, ya que se ejerce sobre el tálamo óptico en lugar de la corteza cerebral; no habiendo estimulación central previa (euforia) seguida de depresión con analgesia, estupor y sueño o como es el caso de los narcóticos. En el hombre la acción principal del medicamento es la analgesia central sin hipnósis ni estimulación central. A dosis de 2 gramos alivia el dolor, sin deprimir la atención y la facultad de concentración. A una dosis mayor de 4 gramos no hay hipnósis. Solamente a dosis mayores. Weidmann (11\*) ha producido narcósis a razón de 0.4 gramos por kilogramo de peso en conejos.

---

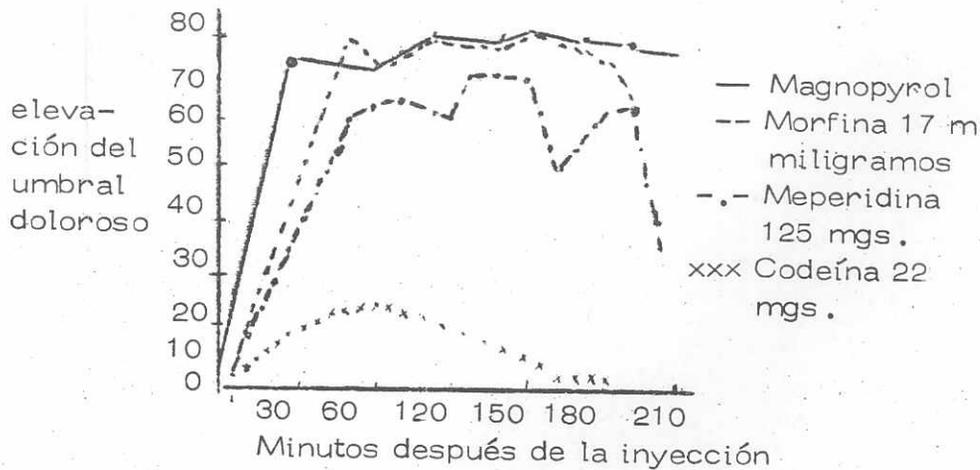
(\*\*) Díaz y Olivares, Manuel. Inducto Conducción del parto.

(\*) Drs. H. Graf y H. Weidmann.

CEREBRO: Como se menciona anteriormente la analgesia es la acción fundamental sin depresión de las formas de sensibilidad, a excepción de la térmica. Todo tipo de dolor es influido a la inversa del ácido acetilsalicílico, de la aminopirina, de la antipirina y de la dipirona que actúan sobre el dolor somático como el visceral, ya sea leve o de la mayor intensidad, como por ejemplo el dolor biliar, o del cólico renal, el traumático o el causado por el cáncer. Acción sobre el dolor elevando el umbral de la percepción dolorosa a nivel del tálamo óptico y su efecto moderadamente sedante altera la reacción psíquica del dolor. En algunos casos el paciente puede percibir aún el dolor, pero sin temor y haciéndose más tolerante.

FIGURA No. 1

Elevación y duración del umbral doloroso con diversos medicamentos analgésicos.



BULBO RAQUIDEO: Este medicamento no estimula el centro del vago a la inversa de las sustancias narcóticas, cuando hay inervación vagal, actúa de la manera selectiva sedándola. Deprime el centro bulbar del vómito, cuando es administrado correctamente. No debe confundirse con las náuseas y el vómito por inyección endovenosa rápida.

SISTEMA RESPIRATORIO: No tiene acción depresora sobre el centro respiratorio a las dosis terapéuticas usuales. Weidmann (10\*) sin embargo ha encontrado depresión respiratoria seguida de parálisis y muerte a dosis de 0.4 gramos por kilogramo de peso en conejos.

SISTEMA CARDIOVASCULAR: A dosis terapéuticas altas, no modifica la presión arterial, aún empleando la vía endovenosa, produciéndose solamente vasodilatación cutánea, especialmente en la cara, produciendo en consecuencia una sensación intensa de calor general al aplicarlo endovenoso, siendo ésta pasajera.

TRACTO GASTROINTESTINAL: La secreción gástrica no es inhibida por el medicamento, ya sea en ayunas o después de la ingestión de alimentos, no produce retardo alguno en el vaciamiento gástrico. Tampoco altera las secreciones pancreáticas, biliares e intestinales. Así como la morfina y la codeína por su acción espasmogénica, aumenta el tono del intestino delgado y grueso, así como las contracciones de segmentación y pendulares. No interfiere en el desplazamiento del contenido intestinal, de manera que las ondas peristálticas no son alteradas y en conse-

---

(\*) Drs. H. Graf y H. Weidmann.

cuencia aún en dosis elevadas no posee acción constipante.

TRACTO URINARIO: No altera la diuresis, inversamente a la mayoría de sustancias narcotizantes. Disminuye el tono y los espasmos de uréteres, lo que puede observarse fácilmente en el hombre mediante cateterismo uretral e inscripción gráfica de la mortalidad.

UTERO: La contractilidad uterina no es modificada por el medicamento, como tampoco ejerce acción nociva alguna en el recién nacido tal como lo demostró Jiménez Célis (3\*).

METABOLISMO: No altera el metabolismo, pero produce descenso de la temperatura corporal en caso de existir fiebre.

PIEL: Cuando es inyectado endovenosamente, produce vasodilatación cutánea especialmente en cara y cuello, pero cuando es inyectado intramuscular esta vasodilatación no tiene lugar.

DESTINO Y EXCRESION: Estos compuestos por vía parenteral, intramuscular o subcutánea se absorben rápidamente y en forma completa. Se metabolizan en el hígado y aparecen los metabolitos en la orina. La eliminación renal se efectúa por filtración glomerular con reabsorción tubular proximal, pero dicha excreción es rápida.

Por vía bucal su absorción es más lenta y únicamente se absorbe un 30 a 40%; el resto es excretado por las heces.

(\*) Dr. Mario Jiménez Célis. Inducto Conducción del parto.

Los trabajos realizados en el extranjero, algunos de éstos se concretan más en la inducción.

### III. ANTECEDENTES

Es mucho el uso que se le da a los analgésicos en obstetricia y son variados los medicamentos utilizados, algunos con buenos resultados, otros con muy pocos resultados positivos. Sin embargo, en nuestro medio no han realizado estudios concretos para medir resultados y observar conclusiones.

1. Dra. María de Lourdes Uribe. Analgesia en el parto, México 1972.
2. Dr. Manuel Díaz y Olivares. Estudio Clínico sobre el uso de un nuevo analgésico en obstetricia. México 1970.
3. Dr. Pedro Roque Monteleone. Estudio de la acción analgésica, antiespasmódica y tranquilizante del Fenildimetilpirazolona-metilamino-metansulfonato de Magnesio. México 1970.
4. Dr. Fernando Zetina y García Torres. Parto Dirigido (150 casos).
5. Dr. Manuel Díaz y Olivares. Analgesia en el parto (1500 casos).
6. Dr. Mario Jiménez Célis. Dirección del parto con analgesia y sus efectos en el Recién Nacido. México 1965.
7. Dr. Manuel Díaz y Olivares. Inducción y Conductión del parto.

Los trabajos antes mencionados han sido efectuados en el extranjero, algunos de éstos se concretan más en la inducción y conducción del parto y otros observan los resultados en los Recién Nacidos obtenidos de partos bajo control con analgésicos.

#### IV. OBJETIVOS

1. Motivar para que se realicen en nuestro medio a nivel médico obstetra, estudios comparativos con analgésicos en el trabajo de parto para una mejor atención de la madre y el feto.
2. Observar si el analgésico a utilizar en el estudio alteró las tres fases del parto, como lo son: dilatación, expulsión y alumbramiento.
3. Controlar si el analgésico produce alguna alteración tensional de pulso, o de frecuencias cardíaca y respiratoria en la madre y también en el producto.
4. Observar si surgen complicaciones en estas pacientes, en el puerperio inmediato.
5. Comprobar hasta qué punto produce acción analgésica el compuesto a utilizar, especialmente en el mecanismo de parto bien instalado.
6. Dirigir la evolución del trabajo de parto, logrando que las contracciones sean eficaces, que la dilatación se efectúe rápidamente y que la presentación progrese.
7. Verificar que la madre sufra lo menos posible, o nada y que el producto nazca en las mejores condiciones.

## V. MATERIAL Y METODOS

### Material Humano:

- 100 pacientes parturientas con franco trabajo de parto a las cuales se administró el medicamento.
- 100 pacientes parturientas con franco trabajo de parto - que serán tomadas como grupo control, a las cuales no se administrará medicamento, para medir los resultados.
- Médicos Revisor y Asesor.
- Personal Médico y Para-médico del servicio de obstetricia y pediatría del Hospital General de Quezaltenango.

### Material no Humano:

- 100 ampollas de 5mls. de Magnopyrol
- Equipos de labor y partos
- Geringas estériles de 10 mililitros
- Agujas hipodérmicas del número 22
- Fetoscopios
- Estetoscopios
- Esfigmomanómetros
- Material de escritorio que incluye: papelería en general, y máquina de escribir.
- Papeletas de historia y evolución clínica de cada paciente.
- Ficha de recolección de datos que incluye: número de registro médico; Nombre de la paciente, edad; Antecedentes obstétricos; Tiempo de gestación; Signos vitales de ingreso; Tiempo de los períodos del parto; Signos vitales post-parto; Complicaciones y Apgar del Recién Nacido.
- Fuentes informativas.

## METODO

Se utilizó el método Inductivo-Deductivo.

Se tomaron 100 pacientes que ingresaron al Hospital General de Quezaltenango, en los meses de febrero y marzo, a las cuales se les investigó los datos siguientes: Momento en que iniciaron los dolores de parto, Ruptura o no de las membranas, Regularidad de las contracciones, Antecedentes gineco-obstetras, Edad gestacional por semanas calculadas y estimadas. En el examen físico se puso énfasis en la presentación, posición y variedad de posición, situación, dilatación cervical y altitud.

Al haber obtenido los datos anteriores, se dejó evolucionar la dilatación hasta 6 centímetros en las pacientes primigestas, y 4 centímetros en las pacientes multíparas, con la seguridad de signos vitales dentro de límites normales y contracciones uterinas regulares, se procedió a administrar 5 centímetros de Magnopyrol, o sean 2 gramos por vía endovenosa en un lapso de 2 a 3 minutos, seguidamente se observó a cada una de las pacientes, hasta haber logrado la consumación total del parto.

Los resultados obtenidos se analizan y comparan al final con los resultados del grupo control de 100 pacientes a las cuales no se les administró el medicamento, estas pacientes fueron tomadas al azar.

Las razones por las cuales se pone el analgésico con 6 centímetros de dilatación en primigestas, y con 4 centímetros en multíparas, es que al administrar con menor dilatación se alteran las contracciones, irregularizándolas o parando el trabajo de parto y después de 8 centímetros de dilatación, no tiene objetivo alguno, puesto que la dilatación estaría por consumarse.

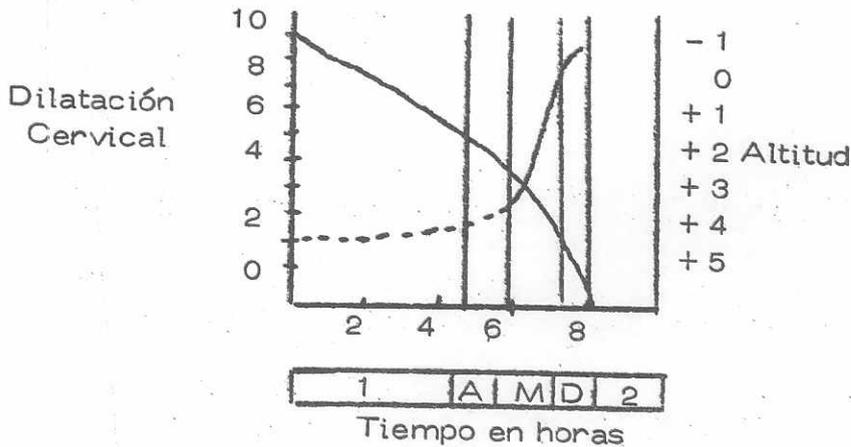
## VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En el período comprendido del 1 de febrero al 31 de marzo de 1981, se atendieron un promedio de 343 partos, de los cuales se tomaron 100 casos a los cuales se administró el medicamento, los resultados obtenidos se analizan seguidamente y se comparan con los resultados de otras 100 pacientes a las cuales se les atendió parto sin analgésico, tomando a estas pacientes como grupo control.

Previo análisis de los resultados quiero hacer énfasis en el tiempo normal de trabajo de parto en pacientes primigestas y multíparas, siendo de 12 a 16 horas y de 8 a 12 horas respectivamente. Si el parto se sucede después del tiempo normal se tomará como prolongado y si fuese de mucho menos tiempo que lo normal se toma como precipitado.

FIGURA No. 2

Tiempo normal de trabajo de parto en multíparas.



Curvas promedio para el descenso (línea continúa) y dilatación (línea punteada) en 389 multíparas (14\*), no seleccionadas: intervalos 1 latente, A aceleración, M máximo declive, D desaceleración y 2 segundo período. Se muestra la relación entre el período de aceleración del descenso y el declive máximo y la fase latente más la de aceleración de la dilatación; y entre el declive máximo del descenso y la fase de desaceleración más el segundo período.

CUADRO No. 3  
CLASIFICACION DE GRUPOS ETARIOS

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)
15 a 20 años	21	21
20 a 25 años	32	32
25 a 30 años	22	22
30 a 35 años	19	19
35 a 40 años	5	5
40 y más "	1	1
TOTAL	100	100

En el cuadro anterior, se observa que la edad más frecuente de las pacientes estudiadas fue de 20 a 25 años, haciendo un 32%, las menos frecuentes fueron las comprendidas entre 40 y más años haciendo 1%. Todas las pacientes estuvieron comprendidas entre los 17 y 41 años, siendo la edad promedio de 29 años.

(\*) Dr. R. Benson..

Para el grupo control la edad concuerda en un 90% con las del grupo estudiado.

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

CUADRO No. 4

GESTACIONES EN AMBOS GRUPOS

GRUPO ESTUDIADO			GRUPO CONTROL	
Gestaciones	# de Casos	%	# de Casos	%
Primigestas	32	32	28	28
Secundigestas	13	13	12	12
Múltiparas	55	55	59	59
Sin datos	--	--	1	1
TOTAL	100	100	100	100%

De las 100 pacientes estudiadas, observamos en el cuadro anterior, que un 55% de dichas pacientes fueron múltiparas, un 13% fueron secundigestas y un 32% primigestas. Las múltiparas variaron entre los 3 y 12 embarazos. Comparando con el grupo control el 28% corresponde a primigestas, el 12% a secundigestas y el 59% a múltiparas. Una paciente no dió datos relacionados.

Las características por cual-  
quiera paciente, con  
uñas, o cual-  
cualquier embarazo anterior o  
anteriores, que cubren en el estudio.

Para los datos se interrogó a las p-  
en una forma simple, haciéndole ver las consecuencias  
que pudiera tener al no tener cualquier antecedente

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	% PORCENTAJE
Abortos	23	53.48
Legrados	11	25.58
Cesáreas anteriores	3	6.97
Obitos Fetales	6	13.95
TOTAL	43	100.00 %

Se observa en el cuadro anterior, que entre las 100 pacientes estudiadas, hubieron 23 abortos mencionados, haciendo un 53.48% de estos abortos únicamente se realizaron 11 legrados, haciendo un 25.58%, 3 pacientes mencionaron haber tenido una cesárea anterior, haciendo un 6.97% las causas fueron dos por desproporción cefalopélvica, y una por sufrimiento fetal. Obitos fetales refirieron 6 pacientes haciendo un 13.95%.

Se dió bastante importancia a los antecedentes gineco-obstétricos en cada paciente, puesto que los datos que se deseaban obtener, tenían que ser inalterables por cualquier antecedente que hubiera tenido alguna paciente, como lo son rupturas de cuello, rupturas uterinas, o cualquier problema relacionado con el embarazo anterior o anteriores que pudieran interferir en el estudio.

Para obtener dichos datos se interrogó a la paciente en una forma amplia, haciéndole ver las consecuencias que pudiera tener el no mencionar cualquier antecedente

no apto para la aplicabilidad del medicamento.

CUADRO No. 6

EDAD GESTACIONAL POR SEMANAS ESTIMADAS Y SEMANAS CALCULADAS

SEMA- NAS	# DE CASOS	POR- CENTAJE	SEMA- NAS	# DE CASOS	POR- CENTAJE
33	4	4	34	4	4
34	3	3	35	3	3
35	5	5	36	7	7
36	6	6	37	15	15%
37	21	21%			
Pre-término	39	39%		29	29
38	17	17	38	16	16
39	21	21	39	9	9
40	14	14	40	20	20
Atérmino	52	52%		40	40
41	5	5	41	3	3
42	3	3	42	2	2
43	1	1	sin datos	8	8
Post-término	9	9%		19	19
TOTAL	100	100%		100	100%

En el cuadro anterior se observa que por semanas estimadas un 39% de los embarazos eran pretérmino, sin embargo en todas las pacientes no se obtuvo ningún Recién Nacido prematuro. Todas estas pacientes tenían una edad gestacional que oscilaba entre las 33 y 37 semanas. Por semanas calculadas, el 29% se consideró pretérmino.

Atérmino se encontraron un 52% de embarazos por semanas estimadas y un 40% de embarazos por semanas calculadas. Estos embarazos variaron entre las 38 y 40 semanas.

Post-Término se encontraron un 9% de embarazos por semanas estimadas y un 19% por semanas calculadas, variando éstos entre las 41 y 43 semanas. Un 8% no refirió fecha de última regla.

Los datos anteriores concuerdan en un 95% con los datos obtenidos del grupo control, con la diferencia que en este grupo se encontró un Recién Nacido prematuro de 34 semanas por Duvowitz y Capurro.

SIGNOS VITALES: El 100% de las pacientes del grupo estudiado, ingresaron afebriles, con frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y pulso dentro de límites normales. La presión arterial fue clasificada de la forma siguiente:

NORMOTENSAS	93 casos	93%
HIPERTENSAS	4 "	4%
HIPOTENSAS	3 "	3%

De los casos hipertensos observados todos correspondieron a pacientes que se les diagnosticó Preeclamsia moderada las cuales se normalizaron después del parto. En el post-parto el 3% presentó hipotensión moderada, secundarias a sangrado excesivo por episiotomías y una rasgadura del cuello grado I.

En el grupo control no se encontraron alteraciones en los signos vitales en ninguna paciente, la presión arterial fue normal en todos los casos.

CUADRO No. 7

DILATACION CERVICAL AL ADMINISTRAR  
EL MEDICAMENTO

DILATACION (Cms.)	# DE CASOS	% PORCENTAJE
4	18	18
5	35	35
6	16	16
7	31	31
TOTAL	100	100%

Como se observa en el cuadro anterior, al 18% de las pacientes se les administró el medicamento con 4 centímetros de dilatación, al 35% con 5 centímetros, al 16% con 6 cms. y al 31% con 7 cms. de dilatación.

FOCO FETAL: Se demostró que no hubo variación de foco fetal en un 98% de las pacientes estudiadas, mientras que un 2% de pacientes presentó variación de foco, estas pacientes fueron operadas terminando el parto en Cesárea; las causas fueron en un niño circulares al cuello y brevedad del cordón, lo que dificultó el descenso, y el otro niño por Asinclitismo anterior en transversa.

Comparando con los resultados del grupo control, en el 95% no se manifestó variación de foco fetal, mientras que en el 3% si hubo sufrimiento fetal; en dos pacientes por distocias de cuello, las cuales terminaron en cesárea, y la otra paciente normalizó el foco fetal solo con la aplicación de oxígeno. El 2% de pacientes presentaron óbitos fetales,

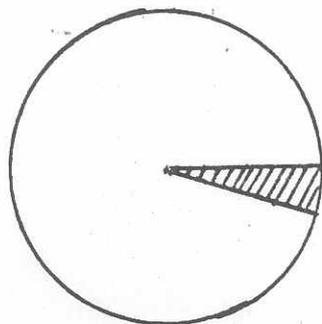
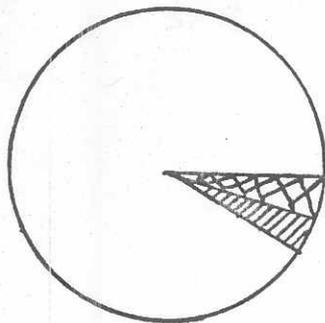
a las cuales no se les escuchó foco fetal en ningún momento.

.. FIGURA No. 3

Foco Fetal en ambos grupos.

Foco Fetal en el Grupo Control

Foco Fetal en el Grupo Estudio



95% Normal  
3% Sufrimiento Fetal  
2% Obitos Fetales

98% Normal  
2% Sufrimiento Fetal

CUADRO No. 8

TIEMPO TOTAL DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS, CLASIFICADO DE OPTIMO, ACEPTABLE, NORMAL Y PROLONGADO.

CLASIFICACION	TIEMPO (Hrs.)	# DE CASOS	% PORCENTAJE
OPTIMO	2 a 3	0	0
	3 a 4	2	2
	4 a 5	2	2
	5 a 6	3	3
	Sub-total	7	7
BUENO	6 a 7	2	2
	7 a 8	5	5
	8 a 9	1	1
	Sub-total	8	8
ACEPTABLE	9 a 10	6	6
	10 a 11	4	4
	11 a 12	2	2
	Sub-Total	12	12
NORMAL	12 a 16	2	2
Prolongado	16 y +	3	3
TOTAL		32	32

En el cuadro anterior se clasifica el trabajo de parto desde que iniciaron los dolores, hasta que se consumió el alumbramiento; clasificándose como óptimo el que duró de 2 a 6 horas, siendo estas pacientes un 7% de las primigestas estudiadas. Se clasificó como Bueno el trabajo de parto que duró de 6 a 9 horas, haciendo un 8% de las primigestas; Aceptables las que tardaron de 9 a 12 horas, siendo éstas un 12%. Se clasificó como Normal las que tardaron de 12 a 16 horas entre éstas un 2% y prolongado el trabajo de parto que duró más de 16 horas entre éstas fueron un 3% de las pacientes primigestas estudiadas.

CUADRO No. 9

TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES MULTÍPARAS DEL GRUPO ESTUDIADO

CLASIFICACION	TIEMPO (Hrs.)	# DE CASOS	% PORCENTAJE
OPTIMO	1 a 2	1	1
	2 a 3	3	3
	3 a 4	7	7
	Sub-Total	11	11
BUENO	4 a 5	7	7
	5 a 6	8	8
	Sub-total	15	15
ACEPTABLE	6 a 7	10	10
	7 a 8	7	7
	Sub-total	17	17
NORMAL	8 a 9	7	7
	9 a 10	6	6
	10 a 11	1	1
	11 a 12	2	2
Prolongado	12 y +	9	9
TOTAL		68	68

En el cuadro anterior observamos que el tiempo total del trabajo de parto en las multíparas estudiadas varía bastante de las primigestas, dentro del promedio óptimo se comprendió un 11%. Se clasificaron como Buen trabajo de parto un 15%, Aceptable un 17%, Normal un 16% y Prolongado fueron un 9%. Haciendo un total de 68 casos haciendo un 68%.

Comparando los dos cuadros anteriores, observamos que actúa en una mejor forma el medicamento en pacientes

multíparas, acortando el trabajo de parto. Generalizando comprobamos, que, en un 70% de las pacientes hubo acortamiento del período de dilatación, en un 18% de las pacientes de parto fue Normal, es decir, que no hubo acortamiento, y no se prolongó. En un 12% de las pacientes el parto fue prolongado, las causas fueron variadas como por ejemplo: Irregularidades en las contracciones, distocias de cuello y faltas de descenso por circulares al cuello.

CUADRO No. 10

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS  
TAS GRUPO CONTROL

CLASIFICACION	TIEMPO (Hrs.)	# DE CASOS	PORCENTAJE %
OPTIMO	2 a 3	-	-
	3 a 4	-	-
	4 a 5	4	4
	5 a 6	1	1
	Sub-total	5	5
BUENO	6 a 7	2	2
	7 a 8	2	2
	8 a 9	2	2
	Sub-total	6	6
REGULAR	9 a 10	1	1
	10 a 11	3	3
	11 a 12	1	1
	Sub-total	5	5
NORMAL	12 a 16	6	6
Prolongado	16 y +	6	6
TOTAL		28	28

El cuadro anterior se observa el tiempo del trabajo de parto en pacientes primigestas del grupo control; fueron de trabajo óptimo un 5%, bueno un 6%, regular un 5%, de trabajo normal 6% y prolongado un 6%, con un total de 28 casos.

CUADRO No. 11

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO EN MULTI-  
PARAS DEL GRUPO CONTROL

CLASIFI- CACION	TIEMPO (Hrs.)	# DE CASOS	% PORCENTAJE
OPTIMO	2 a 3	1	1
	3 a 4	5	5
	Sub-Total	6	6
BUENO	4 a 5	4	4
	5 a 6	3	3
	Sub-Total	7	7
REGULAR	6 a 7	7	7
	7 a 8	10	10
	Sub-Total	17	17
NORMAL	8 a 9	9	9
	9 a 10	3	3
	10 a 11	3	3
	11 a 12	5	5
	Sub-Total	20	20
Prolongado	12 y +	22	22
TOTAL		72	72

En el cuadro anterior vemos que en las pacientes múltiparas del grupo control un 6% tuvieron trabajo de parto óptimo, un 7% tuvieron bueno, un 17% fue de trabajo regular, un 20% fue normal y un 22% se prolongó.

Comparando los dos grupos es decir, el control y el de estudio observamos que en el grupo control, un 46% de todas las pacientes presentó acortamiento del trabajo de parto o sea un 30% menos que en el grupo estudiado; un 26 fue de tiempo normal o sea un 8% más que en el grupo

estudiado, y un 28% de pacientes presentó trabajo de parto prolongado o sea un 16% más que en el grupo estudiado.

ANALGESIA PRODUCIDA POR EL MEDICAMENTO: Considero este punto muy importante, puesto que sobre éste se basa el estudio. Los efectos producidos por el analgésico se explican seguidamente: se administró el medicamento por vía endovenosa, a los dos minutos la paciente manifestó una sensación de intenso calor en todo el cuerpo, la cual fue pasajera; a los 5 y 10 minutos un 7% de las pacientes manifestaron una disminución en la intensidad de los dolores, pero, entre los 30 y 40 minutos más tarde los dolores continuaron igual; un 16% de las pacientes manifestaron una disminución bastante marcada de los dolores y las contracciones continuaron igual. Un 15% de las pacientes presentaron después de la administración del medicamento una irregularidad de las contracciones, siendo necesario en algunas pacientes la aplicación de conducción con cintocynon, finalmente en un 77% de las pacientes no se manifestó ningún tipo de analgesia pues los dolores continuaron igual.

Sin embargo, en dos pacientes que se consideraron post-término y que no habían desencadenado trabajo de parto, se les indujo el trabajo de parto con cintocynon y cuando tenían 5 centímetros de dilatación se les administró el medicamento, observándose en éstas un acortamiento óptimo del trabajo de parto y muy poco dolor. Considero que la aplicación del medicamento con la asociación de un oxitócico en pacientes con embarazo post-término, dará mejores resultados.

En las figuras siguientes se da una idea de los porcentajes de pacientes que tuvieron acortamiento en el tra\_\_\_\_\_

bajo de parto, las de trabajo de parto normal y las de prolongado. Se demuestra además en la otra figura el porcentaje de pacientes que presentaron analgesia y las que no manifestaron ningún tipo de analgesia.

FIGURA No. 4

Acortamiento del Trabajo de Parto

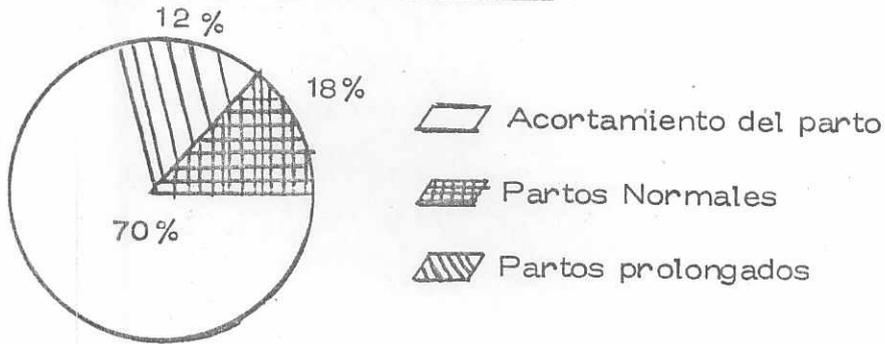
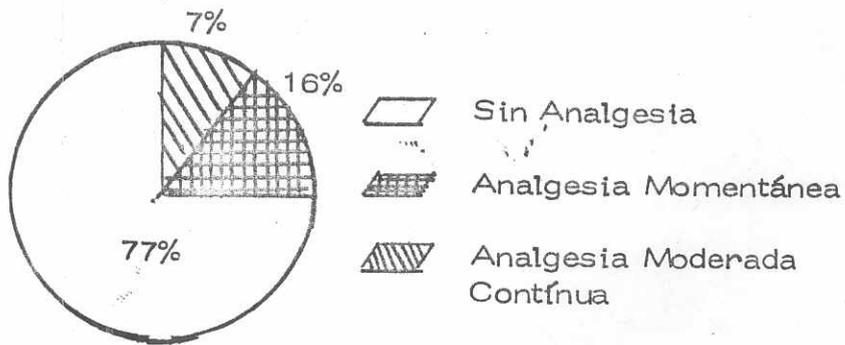


FIGURA No. 5

Analgesia producida por el Medicamento



CUADRO No. 12

A.P.G.A.R. EN LOS RECIEN NACIDOS DEL GRUPO  
ESTUDIO

A.P.G.A.R.	# DE CASOS	% PORCENTAJE
6 al minuto y 9 a los 5'	1	1
6 al " y 10 a los 5'	2	2
7 al " y 9 a los 5'	1	1
7 al " y 10 a los 5'	5	5
8 al " y 10 a los 5'	90	90
9 al " y 10 a los 5'	1	1
TOTAL	100	100

En el cuadro anterior observamos, que el 90% de los Recién Nacidos presentó Apgar de 8 al minuto y 10 a los 5 minutos, mientras que el 5% presentó Apgar de 7 al minuto y 10 a los 5 minutos, un 2% presentó Apgar de 6 al minuto y 10 a los 5 minutos, el 1% presentó Apgar de 6 al minuto y 9 a los 5 minutos, a este niño se le aplicó forceps por paro en expulsión, un 1% de los recién nacidos presentó Apgar de 7 al minuto y 9 a los 5 minutos, este fue producto de una cesárea por asinclitismo anterior en transversa y por último un 1% presentó Apgar de 9 al minuto y 10 a los 5 minutos.

CUADRO No. 13

APGAR EN RECIEN NACIDOS DEL GRUPO CONTROL

A. P. G. A. R.	# DE CASOS	% PORCENTAJE
3 al minuto y 8 a los 5 min.	1	1
6 al " y 9 a los 5 min.	1	1
6 al " y 10 a los 5 min.	1	1
7 al " y 10 a los 5 min.	5	5
8 al " y 10 a los 5 min.	88	88
9 al " y 10 a los 5 min.	2	2
Obitos Fetales	2	2
TOTAL	100	100%

Analizando el Apgar del grupo control se observa: que el número de Recién Nacidos con Apgar de 8 al minuto y 10 a los 5 minutos fue de 88%, o sea un 2% menos que el grupo estudiado. El 5% presentó Apgar de 7 al minuto y 10 a los 5 minutos, un 2% con 9 al minuto y 10 a los 5 minutos, el 1% con 6 al minuto y 9 a los 5 minutos, este niño se obtuvo con forceps. Otro 1% con Apgar de 6 al minuto y 10 a los 5 minutos, y finalmente 1% con Apgar de 3 al minuto y 6 a los 5 minutos, éste niño fue prematuro. Se obtuvieron además un 2% de óbitos fetales.

Con estos datos se observa que hay concordancia de Apgar en los dos grupos que comprende el estudio. Aunque en el grupo estudiado no se obtuvo ningún óbito fetal, mientras que en el grupo control se obtuvieron 2 casos.

CUADRO No. 14

TECNICAS MEDICAS-QUIRURGICAS Y COMPLICACIONES EN EL GRUPO ESTUDIADO

TECNICAS	# DE CASOS	PORCENTAJE
Inducciones	2	2
Conducciones	6	6
Forceps	2	2
Cesáreas	3	3
Episiotomías	32	32
Rasgaduras grado I y II	5	5
Retención Placentaria	1	1
Preeclamsias	4	4
Sufrimientos fetales	2	2

En el cuadro anterior, observamos que las técnicas médico-quirúrgicas y complicaciones más frecuentes fueron las siguientes:

Inducciones: Fueron 2 casos con embarazo post-maduro que no habían desencadenado trabajo de parto.

Conducciones: 6 casos en total, dos de éstos que presentaron trabajo de parto irregular desde el ingreso al servicio, cuatro casos que irregularizaron contracciones después de administrar el medicamento, entre éstas se incluyen dos pacientes preeclámicas.

Forceps: Fueron dos casos: el primer caso, una primigesta que hizo paro en expulsión, y el segundo caso una secundigesta con presentación posterior.

Cesáreas: Fueron tres casos: el primero una primigesta que con 6 cms. de dilatación, presentó sufrimiento fetal agudo, encontrándose el producto bañado en meconio. El segundo caso una primigesta que con 7 cms. de dilatación presentó distocia de cuello y que a pesar de la administración de un tranquilizante y luego conducción no evolucionó, el producto nació en buenas condiciones. El tercer caso una paciente múltipara que al final presentó asinclitismo anterior en transversa.

Episiotomías: Estas se realizaron en todas las pacientes primigestas.

Rasgaduras de perine y cuello: Se clasificaron dos rasgaduras grado I las cuales no se suturaron, dos casos con rasgaduras grado II y un caso con rasgadura grado I de cuello.

Retención Placentaria: Se presentó un caso, el cual fue necesario administrar Pentothal sódico para la extracción.

Preeclamsias: Fue un total de cuatro casos: dos de éstos fueron conducidas por tener irregularidad en las contracciones.

Sufrimiento fetal: Dos casos: uno que terminó en cesárea y el otro que se solucionó con la aplicación de oxígeno a la madre.

CUADRO No. 15

TECNICAS MEDICO-QUIRURGICAS Y COMPLICACIONES EN EL GRUPO CONTROL

TECNICAS	# DE CASOS	PORCENTAJE
Conducciones	7	7
Sufrimientos fetales	3	3
Episiotomías	28	28
Distocias de cuello	2	2
Rasgaduras grado I y II	6	6
Forceps	1	1
Cesáreas	2	2
Parto Precipitado	1	1
Parto Prematuro	1	1

En el grupo control se encontraron 7 casos de conducciones, todas por irregularidades en el trabajo de parto.

Sufrimientos fetales: Dos casos por parto prolongado, éstos se resolvieron por cesáreas y un caso resuelto con oxígeno.

Episiotomías: Realizada en todas las pacientes primigestas.

Distocias de cuello: Dos casos que terminaron en cesarea, son los mismos que presentaron sufrimiento fetal.

Rasgaduras grado I y II: En total seis casos, dos casos con rasgadura grado II y cuatro casos grado I.

Forceps: Un caso por paro en expulsión.

Cesáreas: Los dos casos de distocia de cuello y sufrimiento fetal.

Parto Precipitado: Se sucedió solo un caso, el cual tuvo una duración de dos horas, obteniéndose el producto en buenas condiciones.

Parto Prematuro: Un caso de un Recién Nacido, hijo de una madre múltipara, con edad gestacional de 34 semanas por Duvowitz y Capurro y 32 semanas por altura uterina. El Apgar de este niño fue de 3 al minuto y 8 a los 5 minutos.

## VII. DISCUSION

Se efectuó el estudio con 100 pacientes con franco trabajo de parto, comparándolas con los resultados de 100 pacientes de un grupo control, encontrándose un grupo etáreo comprendido entre los 17 y 41 años, con un promedio de 29 años; lo que concuerda con el grupo control en un 98%.

La edad gestacional por semanas estimadas fue en promedio de 38 y de 39 semanas calculadas, estos datos concuerdan en un 100% con los del grupo control, la diferencia es que en el grupo estudiado no se obtuvo ningún prematuro y en el control sí.

Los signos vitales de las pacientes estudiadas no variaron en ningún momento pero se encontraron un 93% de normotensas, un 4% de hipertensas las cuales fueron pacientes preeclámpticas, que normalizaron su presión después del parto. Un 3% de hipotensas éstas por sangrado excesivo de episiotomías y una rasgadura de cuello. Todas las presiones se normalizaron después del parto. En el grupo control no se encontró ninguna alteración de los signos vitales.

La dilatación cervical al administrar el medicamento, varió entre los 4 y 7 centímetros, administrándose más frecuentemente en los 5 cms. de dilatación.

El foco fetal fue normal en el 98% de las pacientes, mientras que en el 2% se observó sufrimiento fetal por anomalías en el cordón umbilical. En el grupo control hubieron 3 casos de variación de foco y dos óbitos fetales.

El trabajo de parto en el grupo estudiado, fue óptimo en un 7%, bueno en un 8%, aceptable en un 12%, normal en un 2% y prolongado en un 3%, lo anterior en pacientes primigestas, siendo en éstas lo normal de 12 a 16 horas. En las pacientes multíparas fue de la forma siguiente: Óptimo 11%, Bueno un 15%, Aceptable un 17%, Normal un 16% y Prolongado en un 9% siendo el tiempo normal de 8 a 12 horas.

Los datos mencionados en el párrafo anterior indican, que en el 70% de las 100 pacientes estudiadas hubo acortamiento del trabajo de parto, en el 18% fue normal y en el 12% se prolongó; comparándolo con los resultados del grupo control, se observa que hubo acortamiento en un 46%, fue normal en el 26% y se prolongó en el 28%.

La analgesia producida por el medicamento, fue moderada en un 7% es decir, que tuvo una duración momentánea de 30 a 40 minutos; un 16% presentó analgesia moderada pero continúa durante todo el trabajo de parto y un 77% no manifestó nada de analgesia.

Con relación al Apgar en los Recién Nacidos, el 92% presentó de 8 al minuto y 10 a los 5 minutos, el resto varió entre 6 y 7 al minuto y 10 a los 5 minutos. Estas cifras concuerdan con las del grupo control en un 99%.

Las técnicas médico - quirúrgicas más empleadas fueron las episiotomías que se realizaron a todas las primigestas, se realizaron 3 cesáreas, hubieron 2 aplicaciones de forceps, se indujeron dos pacientes. Las complicaciones que surgieron fueron: irregularidades en el trabajo de parto, por lo que se condujeron en seis casos, rasgaduras grado I y II fueron cuatro casos y una rasgadura de cuello grado I, una retención placentaria y cuatro casos

de preeclamsia.

Todos estos datos concuerdan con los del grupo control, en un 92%, puesto que hubieron un caso más de sufrimientos fetales en el grupo control, siendo estos tres casos, hubo un caso más de conducción en el grupo control, una rasgadura grado II, más que en el grupo control y una cesárea menos que en el grupo estudiado.

### VIII. CONCLUSIONES

1. El Fenildimetilperazola-metilamino-metansulfonato de magnesio (Magnopyrol), ejerce una acción antiespasmódica en un 70% de los casos estudiados, en algunas más que en otras, acortando con ésto el período total de trabajo de parto; produjo analgesia moderada en un 23% de las pacientes y tiene una acción tranquilizante en mínima cantidad.
2. El estudio comparativo de esta serie de partos con analgesia, con otro grupo control, demostró que no hay variación en las cifras tensionales, de pulso y tampoco de frecuencia cardíaca y respiratoria, tanto en la madre como en el recién nacido.
3. En los casos de inducción o conducción con oxitócicos, la aplicación del analgésico no alteró el período de dilatación.
4. En los casos en que se suspendió el trabajo de parto, por la analgesia (4%), éste se reanuda sin mayores problemas y no hay alteraciones en la madre y tampoco en el niño.
5. Los recién nacidos nacen en general con Apgar dentro de límites normales.
6. No se observan complicaciones post-parto en un 99% de las pacientes.
7. A pesar de los nuevos métodos y técnicas y los nuevos medicamentos aplicados en el trabajo de parto, la droga que satisfaga los requisitos para analgesia en el parto, no ha sido encontrada.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Los analgésicos pirazolónicos con asociación de magnesio, pueden ser utilizados en el parto, y sin duda alguna, deben estar presentes en la mente del médico gineco-obstetra. No resuelven el problema del dolor del trabajo de parto, pero aunque no sean fármacos ideales, no deprimen al feto y no provocan reacciones adversas en la madre.
2. Considero que estos medicamentos, asociados con tranquilizantes apropiados darían mejores resultados en el trabajo de parto.
3. En nuestro medio, a nivel médico gineco-obstetra, se debe incrementar los estudios con analgésicos en el trabajo de parto para lograr mejores resultados y llegar a mejores conclusiones.
4. El médico no debe prometer nunca, que el parto será enteramente doloroso en mínima cantidad, sino que se limite a ofrecer alivio de la mayor parte del primer período y casi todo o todo el del segundo período.
5. En el control prenatal, a toda embarazada y más en las primigestas, debe hacérseles ver que las aprehensiones que muchas veces poseen con relación al parto, pueden agravar los dolores y complicar el parto.
6. Es recomendable hacer en toda gestante una higiene mental en el control prenatal, para una mejor culminación del parto.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Uribe, María de Lourdes. Analgesia en el parto. Clínica Mensual Mexicana, 1972.
2. Díaz y Olivares, Manuel y Col. Inducto Conducción del parto, México, 1969.
3. Célis, Mario. Dirección del parto con analgesia y sus efectos en el Recién Nacido. Tesis profesional 1965. México.
4. Díaz y Olivares. Analgesia en el parto (150 casos) México, 1967.
5. Icaza, Alfonso. Parto dirigido (1500 casos). México, 1962.
6. Roque Monteleone. Acción Analgésica, Antiespasmódica y Tranquilizante del Fenildimetilpirazolona-metilamino-metansulfonato de Magnesio en el parto. México, 1971.
7. Díaz y Olivares. Estudio Clínico de un nuevo analgésico en Obstetricia. México, 1975.
8. Williams. Obstetricia. Editores Salvat 1977. Décima Cuarta edición Mallorca 43, Barcelona, España.
9. Schwarcz, Sala, Duverges. Obstetricia. Tercera Edición, Editorial el Ateneo Florida 340, Buenos Aires, Argentina.

10. Litter, Manuel. Farmacología Quinta Edición, Editorial Macagno, Landa y Cía. S.R.L. Araos 164, Buenos Aires, Argentina.
11. Drs. H. Grap y H. Weidmann. Investigaciones sobre la sal de Magnesio y Dipirona, Instituto de Farmacología de la Universidad de Zurich, Alemania. Tomo LXXXVIII, 1966.
12. Dr. Mejía Célis. Acción de un Nuevo Analgésico de Síntesis como antiemético, en el post-parto y post-operatorio. Clínica Mensual Mexicana, # 14, 1967.
13. Guyton C, Arthur. Tratado de Fisiología Médica. Editorial Interamericana S.A., México 4, D.F., 1974.
14. Ralh. Benson. Manual de Ginecología y Obstetricia. Quinta Edición.

