# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

## FACULTAD DE OBSTETRICIA

**"Modificación de la curva de trabajo de parto mediante estimulación mamaria en gestantes con diagnóstico de disfunción uterina hipotónica, en el Hospital Regional de Loreto - Iquitos 1,995"**

# TESIS

Para optar el título profesional en:

## OBSTETRICIA

**Presentado por:**

Bach. Raquel Vergara Paredes

**Asesor:**

Dr. Nestor Estacio Pino

Tarapoto — Perú

1,996

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

"MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO – IQUITOS 1995"

**TESISTA:**

**BACH. RAQUEL VERGARA PAREDES**

**JURADO CALIFICADOR:**

.....
OBST. ELENA CASTRO MEDINA
PRESIDENTE

.....
DR. MANUEL PEREZ KUGA
MIEMBRO

.....
OBST. CECILIA ALHUAY SUAREZ
MIEMBRO

.....
DR. NESTOR ESTACIO PINO
ASESOR

# DEDICATORIA

Con cariño y amor a mis queridos padres: **JUAN ROSULO** y **MARTHA**, por brindarme su apoyo desinteresado en todo momento para la culminación de uno de mis ideales.

A mis queridos hermanos: **GIOVANNA, JUAN CARLOS** e **ISABEL**; a mi abuelita: **MARGARITA**, por sus apoyo moral y espiritual para el logro de este objetivo.

Con cariño para: **EDWARD**, por su valiosa colaboración y comprensión para la culminación de mi carrera profesional.

# AGRADECIMIENTOS


- A la Jefatura del Servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, por la colaboración prestada en la realización de este trabajo, durante mi internado.

- Al Dr. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ, por su excelente iniciativa y apoyo desinteresado en la ejecución de este trabajo.

- Al Lic. Estad. JOSE LUIS RAMIREZ DEL AGUILA, por el empeño y apoyo desinteresado para la realización de esta Tesis.

- A los docentes de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín, por las enseñanzas brindadas durante mi formación profesional.

**LA AUTORA**

# I N D I C E

Pág.

I. INTRODUCCION..... 1

II. FORMULACION DEL PROBLEMA..... 4

III. OBJETIVOS..... 5

3.1. OBJETIVOS GENERALES..... 5

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 5

IV. MARCO TEORICO..... 6

IV. HIPOTESIS, VARIABLES Y TERMINOS OPERACIONALES.. 11

5.1. HIPOTESIS..... 11

A. HIPOTESIS DE INVESTIGACION..... 11

B. HIPOTESIS ESTADISTICA..... 11

5.2. VARIABLES..... 12

A. VARIABLES INDEPENDIENTES..... 12

B. VARIABLE DEPENDIENTE..... 12

5.3. TERMINOS OPERACIONALES..... 12

A. ESTIMULACION MAMARIA..... 12

B. RESPUESTA EFECTIVA..... 13

C. RESPUESTA INSUFICIENTE O FALLIDA..... 13

D. PERIODO DE LATENCIA..... 13

E. NULIPARA..... 13

F. PRIMIPARA..... 14

G. MULTIPARA..... 14

H. PRIMER PERIODO..... 14

I. FASE LATENTE..... 14

J. FASE ACTIVA..... 15

K. HIPODINAMIA..... 15

L. HIPODINAMIA PRIMARIA..... 15

M. HIPODINAMIA SECUNDARIA..... 15

VI. MATERIALES Y METODOS..... 16

6.1. TIPO DE ESTUDIO..... 16

6.2. DISEÑO DE INVESTIGACION..... 16

6.3. POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA..... 17

A. UNIVERSO..... 17

B. POBLACION ACCESIBLE CONOCIDA..... 17

C. UNIDAD DE MUESTREO..... 17

D. TIPO DE MUESTREO..... 17

6.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA..... 17

6.5. CRITERIOS DE INCLUSION..... 18

6.6. CRITERIOS DE EXCLUSION..... 18

6.7. RECOLECCION DE DATOS..... 19

6.8. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS..... 22

VII. RESULTADOS..... 23

VIII DISCUSIONES..... 33

IX. CONCLUSIONES..... 37

X. RECOMENDACIONES..... 38

XI. BIBLIOGRAFIA..... 39

XII. ANEXO..... 43

## INDICE DE CUADROS


| Nº | Título | Pág. |
|---|---|---|
| 1 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: DISTRIBUCION PERCENTUAL DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA..... | 23 |
| 2 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: PUNTUACION SEGUN EL TEST DE BISHOP..... | 24 |
| 3 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: RESPUESTA A LA ESTIMULACION MAMARIA..... | 25 |
| 4 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VELOCIDAD DE DILATACION EN cm/h EN LA FASE ACTIVA SEGUN PARIDAD..... | 26 |
| 5 | VALOR PROMEDIO DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO (PROMEDIO HORA)..... | 26 |
| 6 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: COMPARACION DEL PERIODO DE LATENCIA EN MINUTOS SEGUN PARIDAD..... | 30 |
| 7 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE PARTO..... | 30 |
| 8 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: VALORACION DEL ESTADO DEL RECIEN NACIDO MEDIANTE LA PUNTUACION APGAR AL MINUTO..... | 31 |
| 9 | MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTE MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: COMPLICACIONES DE LA ESTIMULACION MAMARIA..... | 32 |

# I. INTRODUCCION

En la actualidad el país pasa por una crisis muy dura, las gestantes no escapan de este panorama y constituyen uno de los grupos más vulnerables de la población.

El trabajo de parto no siempre es un fenómeno normal, los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico. Una de las distocias que entorpecen su evolución, es el de la contractibilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero, que produce el pasaje del feto por el canal pélvico genital del parto; en estas circunstancias está indicada la acentuación del parto con oxitocina (27).

Administrando oxitocina en velocidades progresivamente crecientes podemos aumentar a voluntad la actividad uterina y reproducir con todas sus características las contracciones del trabajo de parto normal. Se puede considerar que la respuesta uterina obtenida depende del nivel de oxitocina circulante (oxitocinemia); ésta depende del equilibrio mantenido entre la velocidad de ingreso de oxitocina en sangre y la eficiencia de los mecanismos que la destruyen o la eliminan (oxitocinasa).

Aunque no se conocen las cifras reales de oxitocinemia

necesarias para producir estímulo fisiológico del útero al final de la gravidez, ellas parecen ser muy bajas y fueron estimadas según varios autores entre 10 y 40 mU por litro de plasma (8).

No cabe duda que los beneficios que brinda la estimulación con oxitocina exógena, pero su ejecución requiere de ciertos recursos materiales que la hacen muy costosa.

El presente estudio obedeció a la necesidad de comprobar si la técnica de estimulación mamaria es una alternativa al uso de la oxitocina exógena en gestantes con hipoactividad uterina. Por otra parte, la escasez de recursos materiales en los hospitales y la falta de medios económicos de las parturientas, durante los últimos tiempos, hace imperiosa la necesidad de desarrollar esta técnica, que según algunos autores produce la misma respuesta que la oxitocina exógena.

La fundamentación teórica de la estimulación mamaria está basada en estudios que indican lo siguiente: la estimulación del pezón y aereola mamaria causa un reflejo que permite la liberación de oxitocina, desde el lóbulo posterior de la hipófisis que reemplaza la administración exógena de dicha hormona (3), (5), (12).

La estimulación mamaria también madura ligeramente el cuello del útero y el efecto depende del tiempo en que fue llevado a cabo (20), (33). En estudios realizados sobre la maduración cervical, el resultado encontrado fue que hubo un cambio significativo en la calificación de Bishop de 3.96 ± 1.34 puntos, y donde no se observaron complicaciones maternas o fetales (26). La oxitocina actúa mejor en cuello maduro, necesitándose menor actividad uterina para la dilatación del cuello (8), siendo la velocidad de dilatación normal en la fase activa de 1.2 cm/hr en nulíparas y 1.5 cm/hr en multíparas (11), (12). Por otro lado, PRITCHARD (24) reporta 1.2.cm/hr en la fase activa; no existiendo referencias bibliográficas sobre el promedio de la velocidad de dilatación en cm/hr de la fase latente.

Como puede apreciarse, a través de la estimulación mamaria se busca la liberación de oxitocina. Según muchos autores el tiempo de la estimulación con oxitocina endógena es más corta que la estimulación con exógena; y por su integridad, mas corto tiempo y simplicidad debería ser una segura y efectiva alternativa a la oxitocina exógena para aumentar la labor de parto (32), (7), (15). (17), (18), (22).

## II. FORMULACION DEL PROBLEMA

La imposibilidad de dilatación del cuello o la falta de avance de la presentación son fenómenos que deben considerarse con atención. La prolongación del primer período de parto pueden dar lugar a un aumento de la mortalidad perinatal y materna.

Conocedores de esta problemática surge la siguiente pregunta, ¿la prueba de estimulación mamaria acorta el trabajo de parto más que la estimulación con oxitocina exógena en gestante con disfunción uterina hipotónica?. Considerando que según autores, esta prueba produce la misma respuesta que la oxitocina exógena.

El presente trabajo tiene por finalidad evaluar los resultados que se obtendrán con esta prueba y ponerlas a consideración.

# III. OBJETIVOS

## 3.1. OBJETIVOS GENERALES

3.1.1. Demostrar sí la estimulación mamaria es una alternativa al uso de la oxitocina exógena en gestantes con disfunción uterina hipotónica.

## 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1. Demostrar sí en la fase activa de dilatación, la estimulación mamaria aumenta la velocidad de dilatación en cm/h en gestantes con disfunción uterina hipotónica.

3.2.2. Determinar las posibles complicaciones de la estimulación mamaria.

## IV. MARCO TEORICO

Según la historia fue Dale (*) el primero en demostrar que extractos del lóbulo posterior de la hipófisis producen contracciones en el útero grávido del gato "in vitro" y W. B. Bell (*) introdujo tales extractos en la práctica obstétrica en Liverpool (8).

Estudios previos realizados desde hace más de una década en otros países reconocen la ventaja indiscutible del test estresante por medio de la estimulación mamaria (10, 23); son diversas las técnicas empleadas para el examen, incluyendo el uso de compresas calientes o húmedas (9, 21).

Fueron estudiados embarazos de alto riesgo con la prueba de estimulación mamaria, el valor predictivo, el tiempo de prueba y los efectos del método fueron analizados. De acuerdo a los resultados obtenidos, esta prueba indica la valoración de bienestar fetal (32, 12, 16, 18, 21). En los reportes consultados, los resultados son diferentes, así tenemos que **FREEDMAN** (10) reporta 87% de respuestas adecuadas, **KEEGAN** (14) 72% y 100% en el caso de **HUDDESTON** (12), quien emplea una técnica de estimulación alternado con reposo.

---

* Citados por Cifuentes

Respecto al efecto de la estimulación mamaria **STROWITZKI-T** (31), nos reporta que en un estudio prospectivo realizado en 136 pacientes un 89.7% pueden ser llevados a contracciones suficientes, 5.8% a una hiperestimulación. Según **SCHROCKSNADEL-H** (28), una adecuada respuesta uterina (por lo menos 3 contracciones en 10 minutos) fue realizado en 57%, señales de hiperestimulación, tal como prolongadas contracciones uterinas y taquisistolia fueron observados en un 10% causando patología reversible en el corazón fetal. Así mismo en el Hospital de Mujeres de la Universidad de Basel, se realizaron 100 estimulaciones mamarias, la estimulación fue realizada unilateralmente, cada pezón fue estimulado por 15 minutos, de las cuales un 33% registraron 3 ó más contracciones en los 10 minutos, 60% tuvieron 2 ó más contracciones, 12% sin contracciones (19).

Por otro lado se realizaron estudios en gestantes con membranas rotas y contracciones uterinas ausentes o infrecuentes, donde la intensidad y frecuencia de las contracciones fueron medidas por un catéter a presión intrauterina, la estimulación mamaria unilateral produjo contracciones uterinas con la intensidad promedio de 48 mm Hg y una frecuencia de 3.6 minutos. En pacientes con contracciones previamente infrecuentes, la estimulación mamaria unilateral incrementó significativamente la frecuencia de contracciones sin cambiar la intensidad.

Durante la estimulación la mitad de las gestantes experimentaron taquisistolia y 5 de 36 tuvieron contracciones prolongadas (mayor o igual a 90 segundos). Sin embargo la taquisistolia y las contracciones prolongadas raras veces produjeron desaceleraciones cardíacas fetales (9).

También se realizaron estudios en gestantes donde la estimulación mamaria fue indicado por razones obstétricas, la cual se llevó a cabo por 30 minutos, encontrándose que un 64% de los casos fue seguida por contracciones uterinas (20).

Para comparar la actividad uterina producida por la estimulación mamaria y por la infusión de oxitocina fueron estudiados 45 gestantes con indicaciones de inducción para la labor, 25 tuvieron estimulación mamaria y 20 recibieron infusión de oxitocina, los dos grupos fueron similares en todos los parámetros de obstetricia. Un incremento significativo en la actividad uterina regular (3 contracciones en 10 minutos) fue logrado más rápidamente, pero en un nivel inferior en el grupo de la estimulación mamaria. El tono de la pre y post prueba no cambió significativamente en uno u otro grupo. En el grupo de la estimulación mamaria 05 gestantes (20%) no lograron adecuarse a los patrones de contracción después de 15 ciclos de pausa en estimulación (total 110 minutos) y 3

gestantes (12%) experimentaron hiperestimulación uterina (17).

En otro estudio, el promedio y actividad uterina máxima logrado fue significativamente alto en el grupo estimulado con oxitocina, sin diferencias significativas a lo largo de los períodos de labor, 50% de las pacientes fracasaron en responder a la estimulación mamaria, después de 30 minutos fueron cambiados a oxitocina. Estos pacientes experimentados tuvieron una dilatación cervical más rápida en la fase activa y alcanzaron su máxima actividad uterina con estimulación oxitócica. Sin embargo el porcentaje de cesárea fue la más alta en este grupo (30).

Según **SHALEV-E** y otros (29) 10 minutos después de la estimulación mamaria se incrementan los niveles de protaglandina.

En la literatura nacional, en un estudio realizado por **AYLLON** (1) en la Maternidad de Lima en 1990, referente a la prueba estresante, nos reporta un 70% de respuestas adecuadas, sin embargo **RODRIGUEZ** (25), en un estudio realizado en el Hospital Provincial Nº 2 de Yarinacocha-Pucallpa en 1993, nos reporta una respuesta efectiva de la prueba de estimulación mamaria en un 93%, en gestantes que comprendían de 38 a 42 semanas, no se registraron complicaciones maternas o fetales.

En nuestro medio **BECERRIL** (2), en un estudio sobre curva de trabajo de parto y sus alteraciones en el Hospital II Integrado IPSS-Tarapoto 1991, nos reporta un valor promedio en las nulíparas de 5.48 horas (Fase Latente), 5.09 horas (Fase Activa) y en las multíparas 4.46 horas (Fase Latente), 4.03 horas (Fase Activa).

# V. HIPOTESIS, VARIABLES Y TERMINOS OPERACIONALES

## 5.1. HIPOTESIS

### A. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

La estimulación mamaria acorta el trabajo de parto en gestantes con disfunción uterina hipotónica más que la estimulación con oxitocina exógena.

### B. HIPOTESIS ESTADISTICA

Hipótesis nula: Ho = niega

- El tiempo del trabajo de parto en gestantes con disfunción uterina hipotónica utilizando la estimulación mamaria no presenta mayor diferencia significativa que aquellas gestantes que utilizan la oxitocina exógena.

Hipótesis alternativa: Ha = afirma

- El tiempo del trabajo de parto en gestantes con disfunción uterina hipotónica utilizando la estimulación mamaria, presenta mayor diferencia significativa que

aquellas gestantes que utilizan la oxitocina exógena.

## 5.2. VARIABLES

### A. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Estimulación mamaria
- Estimulación oxitócica exógena

### B. VARIABLE DEPENDIENTE

- Duración del trabajo de parto

## 5.3. TERMINOS OPERACIONALES

### A. ESTIMULACION MAMARIA

Consiste en el masaje circular de uno o dos pezones y areola mamaria intercaladas con estiramientos cada dos segundos aproximadamente.

La estimulación de uno o dos pezones dependerá de cada caso según el esquema propuesto en el Protocolo. En el presente estudio se realizó la estimulación mamaria a través del masaje circular del pezón y aereola mamaria intercalando con estiramiento cada segundo.

B. RESPUESTA EFECTIVA

Aquella donde la dinámica uterina progresa hasta alcanzar características normales y la velocidad de dilatación se incrementa en relación a la velocidad normal.

C. RESPUESTA INSUFICIENTE O FALLIDA

Cuando no hay progreso de la dinámica uterina al cabo de 57 minutos de estimulación mamaria y la velocidad de dilatación no tiene incremento alguno.

D. PERIODO DE LATENCIA

Es el tiempo que transcurre desde el inicio de la estimulación mamaria y el inicio del aumento de las características de las contracciones uterinas.

E. NULIPARA

Mujer que nunca ha parido o ha dado a luz un feto no viable.

Una vez que ha parido se convertirá en una primípara por lo que en nuestro estudio será considerada desde un principio como tal.

F. PRIMIPARA

Mujer que ha dado luz una vez, uno o varios fetos que han alcanzado la viabilidad.

G. MULTIPARA

Mujer que tuvo dos o más gestaciones de los que nacieron niños viables.

En nuestro estudio incluimos a las grandes multíparas en este grupo para tener sólo dos grupos primíparas y multíparas.

H. PRIMER PERIODO

Empieza cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficiente para iniciar un rápido borramiento y dilatación del cuello y termina con la dilatación completa que es 10 cm.

I. FASE LATENTE

Es el primer momento del trabajo de parto que se inicia con la hora cero y se caracteriza porque la dilatación cervical progresa lentamente y su expresión gráfica es una línea casi horizontal.

En el presente estudio no se consideró a esta fase por que la recolección de datos se realiza

generalmente en forma retrospectiva.

J. FASE ACTIVA

Es la suma de la sub fase de aceleración, máxima aceleración y desaceleración.

En el presente estudio se tuvo en cuenta desde 4 cm hasta la dilatación completa.

K. DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA O HIPODINAMIA

Es la hipofunción del útero, que se traduce por disminución de la intensidad y de la duración de las contracciones (hiposistolia), las que además se hacen espaciadas (bradisistolia).

L. HIPODINAMIA PRIMARIA

Es la que se manifiesta desde el comienzo del trabajo de parto.

M. HIPODINAMIA SECUNDARIA

Se presenta en el curso del trabajo de parto normal, que paulatinamente o en forma brusca decrece su actividad dinámica.

# VI. MATERIALES Y METODOS

## 6.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuasi-experimental con datos prospectivos y transversal en el tiempo.

## 6.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

Diseño cuasi-experimental, cuyas propiedades están relacionados con:

- Estimulación mamaria en el grupo de estudio.
- Estimulación con oxitocina en el grupo testigo.
- Distribución de los grupos, según los criterios de inclusión.

$MO_1 \quad O_2$ (Grupo testigo)

$MO_1 \; X \; O_2$ (Grupo experimental)

Donde:

M : Distribución de pacientes en 2 grupos, según criterios de inclusión.

$O_1$: Medición antes de la estimulación.

$O_2$: Medición después de la estimulación.

X : Aplicación de la estimulación mamaria.

## 6.3. POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

A. UNIVERSO

Todas las gestantes que acuden al servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto con diagnóstico de disfunción uterina hipotónica.

B. POBLACION ACCESIBLE CONOCIDA

Gestantes que ingresan al servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto que cumplen los criterios de inclusión, durante el período Enero-Noviembre de 1995.

C. UNIDAD DE MUESTREO

Una gestante que va a ser atendida su parto con los criterios establecidos en el estudio.

D. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico y circunstancial o de conveniencia.

## 6.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se realizó estudio del tamaño de la muestra, por que al tomar las características de inclusión en nuestro estudio nos permite captar un grupo reducido de pacientes.

n = 22 correspondiente al tamaño de la muestra, que equivale al 12.5% de la población accesible conocida siendo ésta 176.

° **GRUPO TESTIGO**

Constituyeron 22 gestantes en trabajo de parto con diagnóstico de disfunción uterina hipotónica, las cuales se sometieron a la estimulación con oxitocina exógena.

° **GRUPO EXPERIMENTAL**

Constituyeron 22 gestantes en trabajo de parto con diagnóstico de disfunción uterina hipotónica, las cuales se sometieron a la estimulación mamaria.

## 6.5. CRITERIOS DE INCLUSION

a. Gestantes que tienen indicada la estimulación.

b. Gestantes con diagnóstico de disfunción uterina hipotónica primaria.

c. Gestantes con edad gestacional de 36-41 semanas.

## 6.6. CRITERIOS DE EXCLUSION

a. Desproporción céfalo pélvica.

b. Sufrimiento fetal agudo.

c. Hemorragias del tercer trimestre.

d. Gestantes con diagnóstico de agotamiento materno.

e. Mala presentación fetal.

## 6.7. RECOLECCION DE DATOS

Con las pacientes que entraban al grupo de estudio, se procedió de la siguiente manera:

1. Previo permiso concedido por el Jefe de Servicio de Gíneco-Obstetricia.

2. Registro del paciente en la historia clínica.

3. Evaluación de la dinámica uterina cada 20 minutos por espacio de 1 hora donde también se realizó un tacto vaginal.

4. Explicación de la técnica y procedimiento de la estimulación mamaria.

5. Consentimiento de la paciente para la estimulación.

6. Llenado del protocolo realizado para el estudio.

7. Se viste a la paciente con un bata con abertura en la parte delantera para facilitar la técnica.

8. Si es necesario se hidrata a la paciente con dextrosa al 5% VE a 30 gotas por minuto.

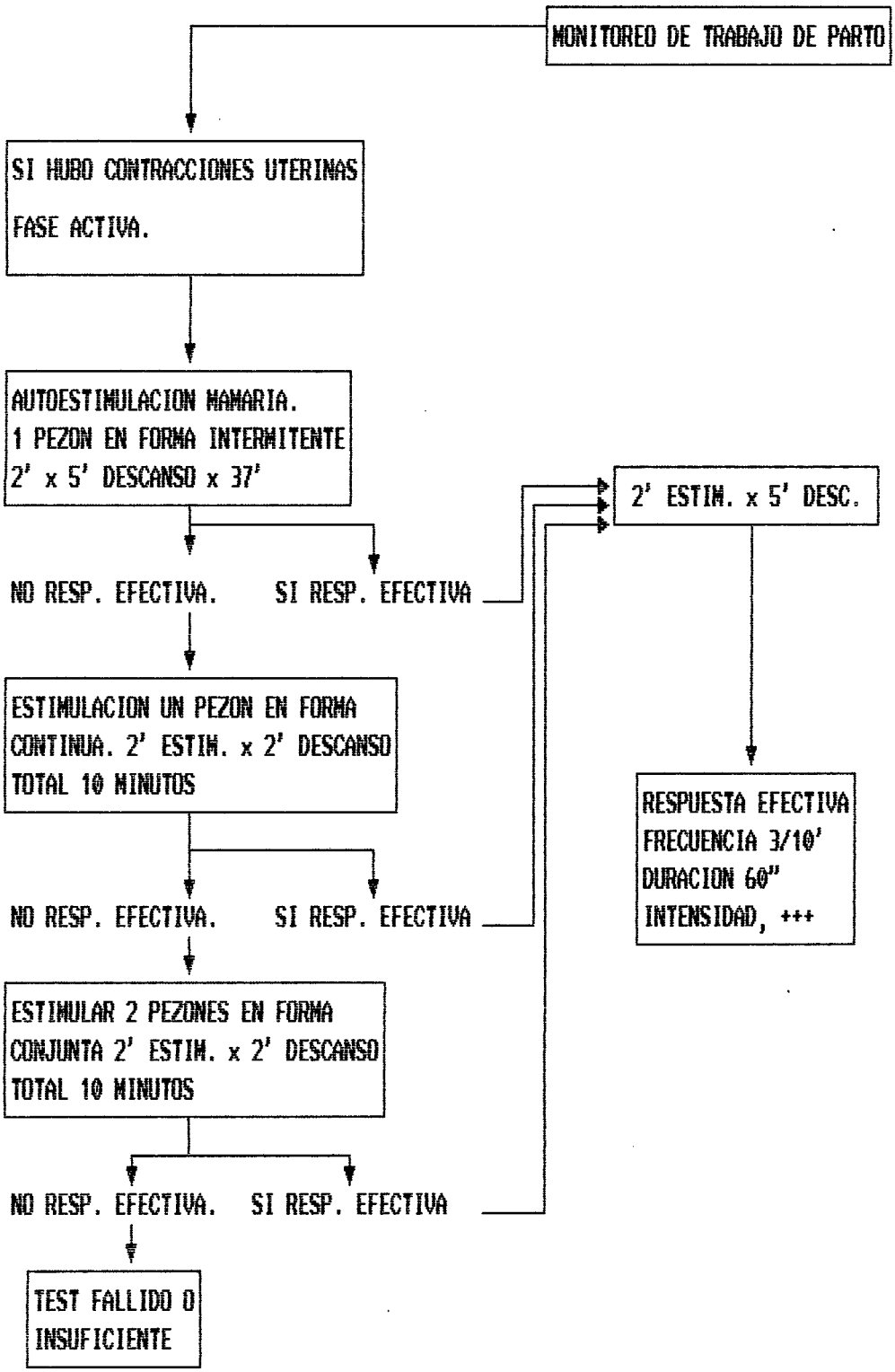
9. Se aplica vaselina liquida en el pezón para evitar dolores por fricción.

10. La estimulación se realizó con la paciente deambulando y alternando con el reposo.

11. El registro de las contracciones uterinas se llevó a cabo cada 30 minutos, y el tacto vaginal cada hora.

12. El investigador estaba a cargo hasta la culminación del parto y la evaluación del recién nacido.

# ESQUEMA DE LA ESTIMULACION MAMARIA



## 6.8. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

- Se realizó un análisis descriptivo bivariante entre el grupo testigo y experimental correspondiente a la diferencia entre proposiciones.

- Se comparó los resultados del grupo testigo con el grupo experimental.

- Se utilizó la prueba t-student y Ji cuadrada; para establecer la significación estadística se verificó con la hipótesis nula (Ho).

## VII. RESULTADOS

CUADRO Nº 1: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: DISTRIBUCION PERCENTUAL DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA**

| CARACTERISTICAS | GRUPO TESTIGO | | GRUPO EXPERIMENTAL | |
|---|---|---|---|---|
| GENERALES | Nº | % | Nº | % |
| EDAD | | | | |
| ≤ 19 años | 4 | 18.2 | 3 | 13.6 |
| 20-34 años | 16 | 72.7 | 15 | 68.2 |
| ≥ 35 años | 2 | 9.1 | 4 | 18.2 |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| Soltera | 2 | 9.1 | - | - |
| Conviviente | 13 | 59.1 | 17 | 77.3 |
| Casada | 7 | 31.8 | 5 | 22.7 |
| GRADO DE INSTRUCCION | | | | |
| Primaria | 3 | 13.6 | 10 | 45.5 |
| Secundaria | 17 | 77.3 | 12 | 54.5 |
| Superior | 2 | 9.1 | - | - |
| PARIDAD | | | | |
| Nulípara | 6 | 27.3 | 5 | 22.7 |
| Primípara | 5 | 22.7 | 4 | 18.2 |
| Multípara | 9 | 40.9 | 10 | 45.5 |
| Gran multípara | 2 | 9.1 | 3 | 13.6 |
| T O T A L | 22 | 100.0 | 22 | 100.0 |

Se observa que el grupo etáreo con mayor porcentaje es de 20-34 años con 72.7% en el grupo testigo y 68.2% en el grupo experimental, constituyendo alto riesgo obstétrico por edad materna un 27.3% en el grupo testigo y 31.8% en

el grupo experimental. En cuanto al estado civil el mayor porcentaje tiene una relación de convivencia en ambos grupos, con 59.1% y 77.3% respectivamente. En relación al grado de instrucción el mayor porcentaje manifestó tener un nivel secundario con 77.3% en el grupo testigo y 54.5% en el grupo experimental, seguido por el nivel primario, con 13.6% y 45.5% respectivamente. Respecto a la paridad el mayor porcentaje se encuentra en las multíparas con 40.9% en el grupo testigo y 45.5% en el grupo experimental, constituyendo alto riesgo obstétrico por paridad un 36.4% en el grupo testigo y 36.3% en el grupo experimental.

CUADRO Nº 2: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: PUNTUACION SEGUN EL TEST DE BISHOP**

| CARACTERISTICAS | RANGO | n | $\bar{X}$ | S |
|---|---|---|---|---|
| GRUPO TESTIGO | 7-12 | 22 | 9.7 | 1.46 |
| GRUPO EXPERIMENTAL | 7-12 | 22 | 9.6 | 1.46 |

Se observa que el puntaje de Bishop en ambos grupos fue de 9 con un rango de 7-12.

CUADRO Nº 3: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: RESPUESTA A LA ESTIMULACION MAMARIA**

| RESPUESTA A LA ESTIMULACION | GRUPO TESTIGO | | GRUPO EXPERIMENTAL | |
|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % |
| Efectiva | 20 | 90.9 | 19 | 86.4 |
| Insuficiente-Fallida | *2 | 9.1 | 3 | 13.6 |
| T O T A L | 22 | 100.0 | 22 | 100.0 |

* Uno terminó en parto distócico

La respuesta a la estimulación fue efectiva en ambos grupos, 90.9% en el grupo testigo y 86.4% en el grupo experimental, la respuesta fue insuficiente en 9.1% y 13.6% respectivamente.

CUADRO Nº 4: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VELOCIDAD DE DILATACION EN cm/h EN LA FASE ACTIVA SEGUN PARIDAD**

| PARIDAD | GRUPO TESTIGO FASE ACTIVA | | | GRUPO EXPERIMENTAL FASE ACTIVA | | | PRUEBA t | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nº | $\bar{X}$ | S | Nº | $\bar{X}$ | S | To | Tt |
| Primípara | 9 | 1.64 | 0.99 | 8 | 1.80 | 0.65 | +0.39 | 2.145 |
| Multípara | 11 | 2.09 | 1.23 | 11 | 2.57 | 1.10 | +0.96 | 2.086 |
| TOTAL | 20 | | | 19 | | | | |

En la fase activa primíparas y multíparas del grupo testigo presentaron una velocidad de dilatación de 1.64 cm/h y 2.09 cm/h, mientras que en el grupo experimental 1.80 cm/h y 2.57 respectivamente, no existiendo diferencia significativa.

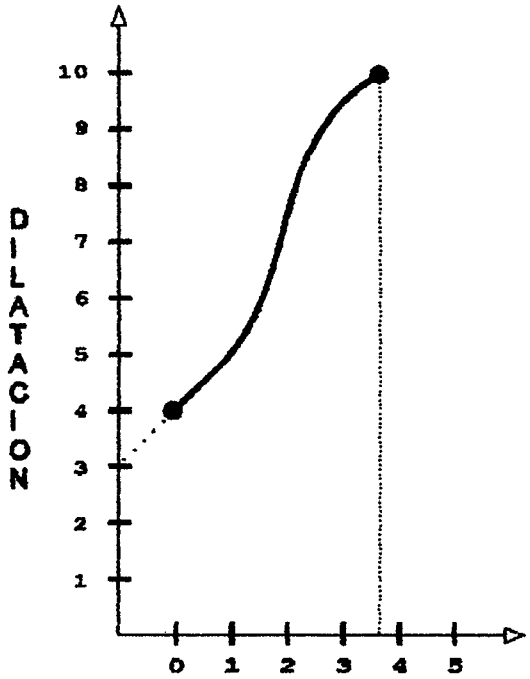
CUADRO Nº 5: **VALOR PROMEDIO DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO (PROMEDIO HORA)**

| CURVA A: PRIMIPARAS | Nº | PROMEDIO (H) |
|---|---|---|
| GRUPO TESTIGO | 9 | 3.66 |
| GRUPO EXPERIMENTAL | 8 | 3.33 |
| CURVA B: MULTIPARAS | | |
| GRUPO TESTIGO | 11 | 2.87 |
| GRUPO EXPERIMENTAL | 11 | 2.33 |

Como podemos apreciar las primíparas desarrollan una fase activa de labor de parto de 3.66 horas en el grupo testigo y 3.33 horas en el grupo experimental, mientras que las multíparas desarrollan una fase activa de labor de parto de 2.87 horas y 2.33 horas respectivamente.

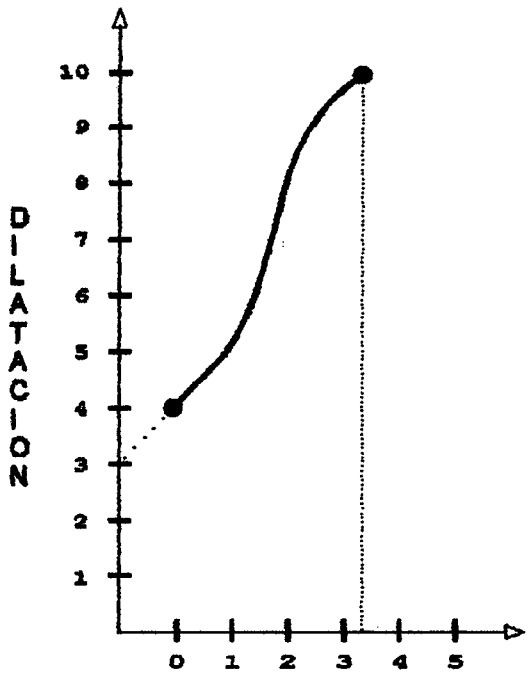
## A: CURVA PROMEDIO EN PRIMIPARAS-HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

### A.1 GRUPO TESTIGO




PROMEDIO HORAS : 3.66

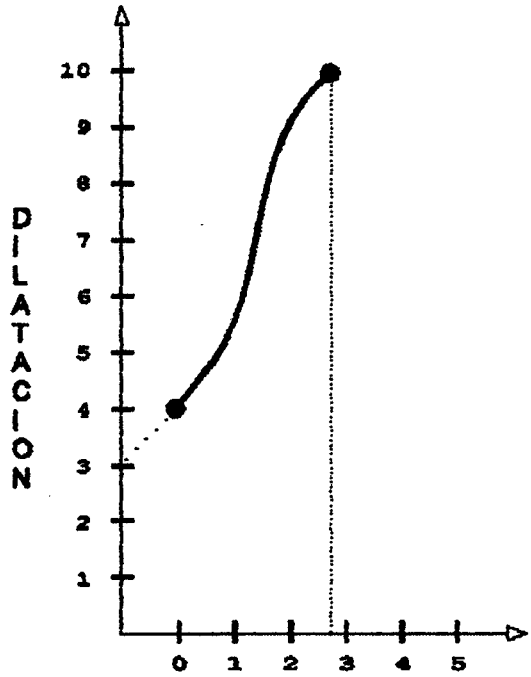
### A.2 GRUPO EXPERIMENTAL




PROMEDIO HORAS : 3.33

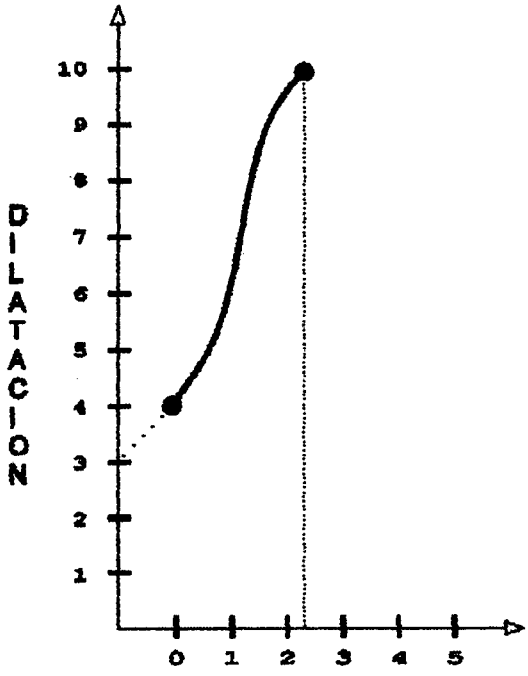
## B: CURVA PROMEDIO EN MULTIPARAS-HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

### B.1 GRUPO TESTIGO




PROMEDIO HORAS : 2.87

### B.2 GRUPO EXPERIMENTAL




PROMEDIO HORAS : 2.33

CUADRO Nº 6: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: COMPARACION DEL PERIODO DE LATENCIA EN MINUTOS SEGUN PARIDAD**

| PARIDAD | GRUPO TESTIGO | | | GRUPO EXPERIMENTAL | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | PERIODO DE LATENCIA | | | PERIODO DE LATENCIA | | |
| | Nº | $\bar{X}$ | S | Nº | $\bar{X}$ | S |
| Primíparas | 9 | 59.44 | 17.76 | 8 | 53.75 | 35.73 |
| Multíparas | 11 | 58.18 | 22.28 | 11 | 47.27 | 22.06 |
| TOTAL | 20 | | | 19 | | |

El período de latencia en el grupo experimental es de 53.75% minutos (primíparas), y de 47.27 minutos (multíparas); en el grupo testigo se obtuvo 59.44 minutos y 58.18 minutos respectivamente.

CUADRO Nº 7: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TIPO DE PARTO**

| TIPO DE PARTO | GRUPO TESTIGO | | GRUPO EXPERIMENTAL | |
|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % |
| Eutócico | 21 | 95.5 | 22 | 100.0 |
| Distócico | 1* | 4.5 | - | - |
| T O T A L | 22 | 100.0 | 22 | 100.0 |

Parto con vacum.

El tipo de parto con mayor porcentaje fue eutócico, con 95.5% en el grupo testigo y 100.0% en el grupo experimental. Sólo se presentó un caso de parto distócico en el grupo testigo.

CUADRO Nº 8: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: VALORACION DEL ESTADO DEL RECIEN NACIDO MEDIANTE LA PUNTUACION APGAR AL MINUTO**

| A P G A R | GRUPO TESTIGO | | GRUPO EXPERIMENTAL | |
|---|---|---|---|---|
| | Nº | % | Nº | % |
| 1 - 3 | - | - | - | - |
| 4 - 6 | 1 | 4.5 | 1 | 4.5 |
| 7 - 10 | 21 | 95.5 | 21 | 95.5 |
| T O T A L | 22 | 100.0 | 22 | 100.0 |

El puntaje apgar al minuto del recién nacido fue de 7-10 tanto en el grupo testigo como en el grupo experimental y presentándose sólo un caso de depresión moderada en ambos grupos. Así mismo el puntaje apgar a los cinco minutos estuvo dentro del rango normal en ambos grupos.

CUADRO NQ 9: **MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA: COMPLICACIONES DE LA ESTIMULACION MAMARIA**

| COMPLICACIONES | GRUPO TESTIGO | | GRUPO EXPERIMENTAL | |
|---|---|---|---|---|
| | NQ | % | NQ | % |
| Hiperdimania | 3 | 13.6 | 2 | 9.1 |
| Hiperdimania + Taquic. | 1 | 4.6 | - | - |
| Agotamiento materno | 3 | 13.6 | 4 | 18.2 |
| Sin complicaciones | 15 | 68.2 | 16 | 72.7 |
| T O T A L | 22 | 100.0 | 22 | 100.0 |

Las principales complicaciones que se presentaron en el grupo experimental fue el agotamiento materno e hiperdinamia con 18.2% y 9.1% respectivamente, de igual modo se presentaron en el grupo testigo con 13.6% en ambos casos, no se observó complicaciones fetales en el grupo experimental, mientras en el grupo testigo se observó un caso de hiperdinamia que llevó a taquicardia fetal.

## VIII. DISCUSIONES

- Según **PRITCHARD** (24) en pacientes con más de 35 años de edad y elevada paridad no debe administrárseles oxitocina debido a que su útero se rompe con más facilidad que los de mujeres que han tenido pocos partos. En nuestros estudio las pacientes mayores de 35 años se presentaron en un 9.1% en el grupo testigo y 18.2% en el grupo experimental, por otro lado las grandes multíparas se presentaron en un 9.1% en el grupo testigo y 13.6% en el grupo experimental, pese a esto no se presentó ningún caso de ruptura uterina.

- El mayor porcentaje de gestantes con hipodinamia manifestó una educación de nivel secundario con 77.3% en el grupo testigo y 54.5% en el grupo experimental, esto fue un factor muy importante para el desarrollo del presente estudio.

- Respecto al test de Bishop, **CARRERA** (6), afirma que con un puntaje mayor de 9 el cuello uterino tiene buenas condiciones para la inducción y un puntaje menor de 7 el cérvix tiene mala condiciones; por otro lado **BOTERO** (4) afirma que con un puntaje de 5 - 8 la inducción falla en el 5% de los casos. En el presente estudio el test de BISHOP fue de 9 puntos en ambos grupos siendo un puntaje favorable para

facilitar la dilatación.

- **LIPITZ-S Y Col.** (15), nos reporta que en un estudio realizado con 50 gestantes, para la ejecución de una prueba de estimulación mamaria a una prueba de desafío de la oxitocina, encontraron que una prueba de esfuerzo en contracción satisfactoria fue llevado a cabo en 21 de 25 gestantes en la prueba de estimulación mamaria y 24 de 25 gestantes en el grupo de la prueba de desafío de la oxitocina, datos similares a lo encontrado en nuestro estudio, donde la respuesta efectiva fue 19 de 22 gestantes en el grupo de la estimulación mamaria y 20 de 22 gestantes en el grupo de la estimulación con oxitocina exógena, el cual nos indica que la estimulación mamaria reemplaza eficientemente a la estimulación con oxitocina exógena.

- La velocidad de dilatación encontrado en el grupo experimental es de 1.80 cm/h en primíparas y 2.57 cm/h en multíparas, valores que superan discretamente a los del grupo testigo, donde la velocidad de dilatación es de 1.64 cm/h en primíparas y 2.09 cm/h en multíparas. Esto puede deberse a que mediante la estimulación mamaria se produce la secreción de prostaglandina (29), la cual madura el cuello uterino y por ende facilita la dilatación. Por otro lado

**RODRIGUEZ** (25), nos reporta una velocidad de dilatación de 2.80 cm/h en nulíparas y 3.32 cm/h en multíparas, valores que superan a lo encontrado en nuestro grupo de estudio. Esto es debido a que la estimulación mamaria fue realizada en gestantes con dinámica normal.

- La duración promedio del trabajo de parto en la fase activa encontrado en el grupo experimental es de 3.33 horas en primíparas y 2.33 horas en multíparas, no existiendo mayor diferencia con el grupo testigo, donde el promedio es de 3.66 horas en primíparas y 2.87 horas en multíparas. Si comparamos los resultados del grupo experimental con lo reportado por **HURTADO** (13) donde el promedio de horas del trabajo de parto normal en la fase activa es de 5.35 horas en nulíparas y 3.66 horas en multíparas, observamos que existe una diferencia significativa, quedando establecido que la estimulación mamaria acorta la duración del primer período en gestantes con hipoactividad uterina, sin producir los costos que demanda el realizarlo con oxitocina exógena.

- El período de latencia en el grupo experimental es de 50.51 minutos lo cual difiere con lo encontrado con **OKI-EY** y Col. (22), donde el tiempo requerido para una adecuada respuesta uterina fue de 23.8 ± 15.2

minutos, esta diferencia se debe a que ellos monitorizan el trabajo de parto electrónicamente, la cual es más sensible que la palpación abdominal utilizado en el presente trabajo.

- Las complicaciones más frecuentes son el agotamiento materno con 18.2% e hiperdinamia con 9.1% en el grupo experimental y con 13.6% en ambos casos en el grupo testigo donde también se observó un caso de taquicardia fetal, otro estudio nos reporta que la hiperdinamia se dio una vez en cada grupo (15); esto nos indica que la estimulación mamaria tiene los mismos riesgos que la estimulación con oxitocina exógena de ahí que el personal que los realiza debe ser capacitado para realizar la prueba.

## IX. CONCLUSIONES

1. La estimulación mamaria aumenta la velocidad de dilatación de la fase activa en gestantes con disfunción uterina hipotónica debido a que existe un progreso en la actividad uterina.

2. La estimulación mamaria acorta la duración de trabajo de parto de la fase activa en gestantes con disfunción uterina hipotónica.

3. La prueba de estimulación mamaria por su simplicidad, eficacia y bajo costo es una alternativa al uso de la oxitocina exógena.

4. Las complicaciones que produce la estimulación mamaria son agotamiento materno y la hiperdinamia, no existiendo compliaciones fetales.

## X. RECOMENDACIONES

1. La estimulación mamaria no debe ser realizado por la misma gestante, ya que por el mismo hecho de encontrarse en el trance del trabajo de parto no lo realiza con la técnica adecuada.

2. Las contracciones uterinas deber ser monitorizadas electrónicamente para un mejor resultado.

3. La estimulación mamaria por necesitar menos recursos personales y económicos, puede ser usado en hospitales de bajos recursos, centros y postas de salud de las zonas rurales.

4. El personal profesional debe ser capacitado por las complicaciones que pueden tener con la estimulación mamaria.

## XI. BIBLIOGRAFIA


1. AYLLON, B; HUAMAN, E; LAN, F.: **Test de stress por estimulación mamaria.** En X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima - Perú. 1990. Pag. 67,73.
2. BECERRIL, A.: **Curva de Trabajo de Parto y sus Alteraciones.** Hospital de Apoyo II Integrado IPSS-Tarapoto. Tesis para optar el Título de Obstetriz. 1991.
3. BEELEY, L; STIRRAT, G; GORDON, M.: **Prescripciones durante el Embarazo.** Obst. Ginec. Temas actuales. Volumen 2. Editorial Interamericana. 1986. Pag. 22.
4. BOTERO, J; y Col.: **Obstetricia y Ginecología.** Cuarta edición. Colombia 1990.
5. CALDEYRO-BARCIA, R.: **Fifth conference on physiology of prematurity.** 1960.
6. CARRERA, J; y Col.: **Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus.** España. 1991. Pag. 481.
7. CHRISTENSSON, K; NILSSON, BA; STOCK, S; MAATTHIESEN, AS; UVNAS, M.: **Effect of nippie stimulation on uterine activity and on plasma levels of oxytocin infull term. healthy, pregnant women.** Acta Obste. Gynecol-Scand. 1989; 68(3):10.
8. CIFUENTES, R.: **Obstetricia de Alto Riesgo.** Segunda Edición. Colombia. 1988. Pag. 380, 381, 382.
9. FRAGER, NB; MIYAZAKI, FS.: **Intrauterine monitoring of contractions during breast.** Obstet-Gynecol. 1987; 69(5):9.

10. FREEDMAN, R; ANDERSON, GY; DORCHESTER, W.: **A prospective multiinstitucional study of antepostum fetal heast rote monitoring. Constraction stress test Vs. no stress test for primary surveinllance.** En Jornada Americana de Obstet. Ginec. 1982. Pag. 153.

11. GREENHILL, J, P; FRIEDMAN, E.: **Obstetricia.** 1ra edición. Editorial Interamericana. Mexico. 1977. Pag. 202, 205.

12. HUDDLESTON, J; SUTTIF, G; ROBINSON, D. **Prueba de Stress por Contracción Mediante estimulación intermitente de los pezones.** En Year Book de Obst. Ginec. Editorial Médica Panamericana. 1985. Pag. 182.

13. HURTADO, H; Col. **Curva de trabajo de parto normal en mujeres peruanas.** Ginec. Obstet. Lima. 1971. Pag. 17.

14. KEEGAN, K. **Prospective evaluation of nipple estimulation for contraction stress testing.** En Jornada Americana de Obstet. Ginec. 1987. Pag. 81-121.

15. LIPITZ, S; BARKAI, G; RABINOVICI, J; MASHIACH, S. **Breast stimulation test and oxytocin challenge - test in fetal survillance: prospective randomized study.** Am-J-Obstet-Gynecol. 1987. 157(5); 81.

16. MARSHALL, C. **The nipple stimulation contraction - stress test.** J-Obstet-Gynecol-Neonatal-Nurs. 1986. 15(5); 62.

17. MASHINI, IS; DEVUE, D; MCKENZIE, JS; HADI, HA; SHERLINE, DM. **Comparison of uterine activity induced by nipple stimulation and oxytocin Obstet-Gynecol.** 1987; 69(1); 8.

18. MAYBERRY, LJ; INTURRISI-LEVY, M. **Use of breast stimulation for contraction stress test.** J-Obstet-Gynecol-Nurs. 1987; 16(2); 4.

19. MEYER, L; HEINZL, S. **Breast stimulation for labor - induction in a stress test.** Gynakol-Rundsch. Alemania. 1983; 29(4); 9.

20. MOEGLIN, D; BALDAUE, JJ; LEGRAND, A; RITTER, J; GENDER, R. **Value and indications for nipple estimulation in obstetrice.** Gynecol-Obstet-Biol-Reprod. París (Francia). 1986; 15(3); 9.

21. MOENNING, RK; HILL, WC. **A randomized study comparing two methods of performing the breast stimulation stress test.** J-Obstet-Gynecol-Neonatal-Nurs. 1987; 16(4); 7.

22. OKI, EY; KEEGAN, KA; FREEMAN, RK; DORCHESTER, WL. **The breast stimulated contraction stress test.** J-Reprod.-Med. 1987; (12); 23.

23. OKI, Y. **A protocol for the nipple stimulation CST.** Revista de Obstet. Ginec. 1983; 2(22); 137.

24. PRITCHARD, J; Mc DONALD, P; GANT, N. **Williams Obstetricia.** Tercera Edición. Editorial SALVAT S.A. 1987. Pag. 623, 626.

25. RODRIGUEZ, R; SALDAÑA, S. **Modificación de la curva de trabajo de parto mediante la estimulación mamaria en el Hospital de Apoyo Nº 2 de Yarinacocha-Pucallpa.** Tesis para optar el título de Obstetra 1994.

26. SALMON, YM; KEE, WH; TAN, SL; JEN, SW. **Cervical ripening by breast stimulation.** Obstet. Gynecol. 1986; 67(1); 4.

27. SCHAWARCZ, R. **Obstetricia.** Cuarta Edición. 1986. Pag. 407, 409.

28. SCHROCKSNADEL, H; SACHSENMAIER, M; REIDER, W. **Experiences with breast stimulation for labor induction.** Geburtshilfe-Frauenheilkd. Alemania. 1990; 50(7); 71.

29. SHALEV, E; WEINER, E; TZABARI, A; ENGELHARD, J; ZUCKERMAN, H; SHALEV, J; SERR, DM. **Breast stimulation in late pregnancy.** Effect on prostaglandin-secretion. Obst. Ginec. 1990; 29(2); 7.

30. STEEN-JL; RARDEGUES, AD; VERMA, UL; TEGANI, N; **Estimulación mamaria para un aumento de labor.** J-Reprod. Médica. 1990. 35(7); 710-1.

31. STROWITZKI, T; DOLLINGER, M; SCHUSSLER, B. **Value of endogenous uterine contraction stress test by breast nipple stimulation.** Geburtshilfe-Perinatol. Alemania. 1990; 134(1); 9.

32. SZANTO, F; KOVACS, L. **Breast stimulation in prenatal fetal diagnosis.** Ory-Hetil. Hungría. 1991; 132(1); 7.

33. WASHINGTON C, H; RAMONA, K. **Características de la actividad uterina durante la prueba de la estimulación mamaria.** En Year Book de Obstet. Gynec. Editorial Médica Panamericana. 1984. Pág. 158.

# XII. ANEXO

# A N E X O 01

## PROTOCOLO DE INVESTIGACION

MODIFICACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO MEDIANTE LA ESTIMULACION MAMARIA EN GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE DISFUNCION UTERINA HIPOTONICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - IQUITOS 1995.

Fecha: .....  Hora: .....

DATOS GENERALES MATERNOS

Edad ..... años

ESTADO CIVIL

- Soltera 1
- Conviviente 2
- Casada 3

GRADO DE INSTRUCCION

- Analfabeta 1
- Primaria 2
- Secundaria 3
- Superior 4

ESTADO ANIMICO

- Ansiosa 1
- Colaboradora 2
- Indiferente 3
- Histérica 4

PARIDAD

- Primípara 1
- Multípara 2
- Gran multípara 3

EDAD GESTACIONAL

..... semanas

TEST DE BISHOP

- Puntaje .....

EXAMEN DE FUNCIONES VITAL.

- P/A .....
- Pulso .....
- Respiración .....
- Temperatura .....

EXAMEN GINECO-OBSTETRICO

- AU .....
- PF .....
- VP .....
- FCF .....

TIPO DE PEZONES

- Plano 1
- Normal 2
- Umbilicado 3

DINAMICA UTERINA

- Frecuencia .....
- Intensidad .....
- Duración .....

TACTO VAGINAL

- Dilatación .....
- Borramiento .....
- Altura de Present. .....

EXAMEN DE PELVIS

- Tipo .....

DIAGNOSTICO DE INGRESO

- Pródomo 1
- Fase latente 2
- Fase activa 3

TRABAJO DE PARTO

- Estimulación de pezones 1
- Estimulación oxitócica 2

DURACION

- 1° período .....
- 2° período .....
- 3° período .....

PARTO

- Eutócico 1
- Distócico 2

APGAR

- Puntaje ..... al 1'

ALUMBRAMIENTO

- Espontáneo 1
- Manual 2

PUERPERIO INMEDIATO

- Normal 1
- Patológico 2

COMPLICACIONES DE LA ESTIMULACION MAMARIA

- Hiperdimania 1
- Bradicardia 2
- Taquicardia 3
- Agotamiento materno 4

## PARTOGRAMA UTILIZADO

**NOMBRE** _____ EDAD _____

**FUM** _____ FPP _____ EG _____ FO _____

**TIPO** Espontáneo ( ) Inducido ( ) Estimulado ( )

**FECHA** _____

| Dilatación | AP | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | -4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | -3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | -2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | -1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | +1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | +2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | +3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | +4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incorporación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FCF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M.O. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dextrosa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxitocina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
Biblioteca Especializada F. O.
TARAPOTO