

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POSTGRADO



**ADMINISTRACIÓN DE HIOSCINA EN LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE
DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA EN GESTANTE
PRIMIGESTAS CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS.
ENERO – JUNIO, 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESISTA: LEÓN, ROCANO ROJAS

ASESORA: DRA. SILVIA, MARTEL Y CHANG

HUÁNUCO – PERÚ

2017

**ADMINISTRACIÓN DE HIOSCINA EN LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE
DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA EN GESTANTE
PRIMIGESTAS USUARIAS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS.
ENERO - JUNIO AÑO 2017.**

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi DIOS por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

La concepción de esta tesis está dedicada a mis padres y mi familia, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

A mi esposa e hijos, compañeros inseparables de cada jornada. Todos ellos representaron gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos dedico esta tesis, porque sin su apoyo, no hubiese podido ser.

El Autor.

AGRADECIMIENTO

Después de poco más de tres años de estudio y trabajo llegó el momento de escribir esta tesis, con su escritura el mejor momento para agradecer a todas las personas que de una manera directa o indirecta han hecho posible la realización de este trabajo del que me siento muy orgulloso.

Gracias, de corazón, a mi asesora, Dra. Silvia, Martel y Chang; por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Gracias a todas las personas de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi vida como alumno en mis estudios del doctorado.

Gracias a los miembros del jurado revisor de la presente tesis por su decisivo apoyo en este trabajo de investigación. Gracias al magnífico equipo de profesionales que hay en esta casa de estudios y que tan buena disposición a la colaboración han mostrado.

Gracias a la Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa, que sin su colaboración este trabajo hubiera sido mucho más largo, complicado y menos rico y entretenido. Gracias por tu mente

prodigiosa, tu buen criterio, tu capacidad de esfuerzo y tu simpatía.

Gracias a todos aquellos que han colaborado profesionalmente: Médicos, obstetras, internos, alumnos y profesionales varios.

Gracias a los amigos a los que he robado horas de compañía. Nombrar a todos sería muy extenso y podría cometer algún olvido injusto, por ello, ¡gracias, amigos, por estar ahí!

Finalmente el agradecimiento eterno a los míos por estar incondicionalmente conmigo durante estos años siempre, a mis padres Maura y Rafael; mis hermanos Carlos, Merleny, Guimmer y José; mi esposa Carmen y a mis hijos Percy, Christian, Alexandra y demás familiares; a los que viven y a los que ya no están. Los quiero con todo mi corazón.

El Autor:

RESUMEN ESPAÑOL

La investigación tuvo el objetivo de la efectividad de la administración de hioscina en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. Enero-Junio año 2017; el estudio de diseño cuasi experimental, prospectivo, longitudinal, trabajado con 64 gestantes: 32 para el grupo control y 32 para el grupo experimental, el instrumento utilizado fue ficha de observación; los resultados alcanzados fueron: 1. Edades más frecuentes entre 18 a 29 años, todas de procedencia urbana, y estado civil conviviente 30 a 37%. 2. Mecanismo de acción de todas las gestantes fue a nivel del istmo del cuello uterino en el grupo control. 3. Puntaje promedio del índice de Bishop modificado antes de la aplicación del estímulo el grupo experimental fue 6,22 y después del estímulo 11,44 incrementando 5,22 puntos y en el grupo control antes del estímulo 5,38 y después del estímulo 5,47 incrementando sólo 0,09 puntos, 4. Tiempo de duración del trabajo de parto en la fase activa fue en el grupo experimental de 1 hasta 3 horas 30% , 4 a 6 horas 19%, más de 6 horas 1% mientras que en el grupo control se evidenció 1 hasta 3 horas 1%, 4 a 6 horas 22%, más de 6 horas 17%. Conclusión: se acepta la hipótesis de investigación que: La administración de hioscina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas.

Palabras claves: Hioscina, Trabajo de Parto Fase Activa, Índice de Bishop.

SUMMARY ENGLISH

The research had the objective of the effectiveness of the administration of hyoscine in the reduction of the duration of the labor of the active phase in pregnant primigestas users of the Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. January-June 2017; the study of quasi experimental, prospective, longitudinal design, worked with 64 pregnant women: 32 for the control group and 32 for the experimental group, the instrument used was observation sheet; the results were: 1. More frequent ages between 18 to 29 years, all of urban origin, and marital status 30 to 37%. 2. Mechanism of action of all pregnant women was at the isthmus of the cervix in the control group. 3. Mean score of the Bishop index modified before the application of the stimulus, the experimental group was 6,22 and after the stimulus 11,44, increasing 5,22 points and in the control group before the stimulus 5,38 and after the stimulus 5,47 increasing only 0.09 points, 4. Time duration of labor in the active phase was in the experimental group of 1 to 3 hours 30%, 4 to 6 hours 19%, more than 6 hours 1% while in the control group 1 to 3 hours 1%, 4 to 6 hours 22%, more than 6 hours 17%. Conclusion: we accept the hypothesis of research that: The administration of hyoscine has a significant effect on the decrease in the duration of labor in active phase in pregnant primigravidae.

Key words: Hyoscine, Labor Phase Active, Bishop Index.

RESUMO EM PORTUGUÊS

A pesquisa teve como objetivo a eficácia da administração de hiposcina na redução da duração do trabalho da fase ativa em usuáries primigestas grávidas do Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. Janeiro-junho de 2017; o estudo de projeto quase experimental, prospectivo e longitudinal, trabalhou com 64 mulheres grávidas: 32 para o grupo controle e 32 para o grupo experimental, o instrumento utilizado foi a folha de observação; Os resultados foram: 1. idades mais frequentes entre 18 a 29 anos, todas de origem urbana e estado civil 30 a 37%. 2. O mecanismo de ação de todas as mulheres grávidas estava no istmo do colo do útero no grupo controle. 3. Pontuação média do índice Bishop modificado antes da aplicação do estímulo, o grupo experimental foi 6,22 e após o estímulo 11,44, aumentando 5,22 pontos e no grupo controle antes do estímulo 5,38 e após o estímulo 5,47 aumentando apenas 0,09 pontos, 4. A duração do trabalho na fase ativa foi no grupo experimental de 1 a 3 horas 30%, 4 a 6 horas 19%, mais de 6 horas 1% enquanto no grupo controle 1 a 3 horas 1%, 4 a 6 horas 22%, mais de 6 horas 17%. Conclusão: aceitamos a hipótese de pesquisa que: A administração de hiposcina tem um efeito significativo na diminuição da duração do trabalho em fase ativa em primigravidae grávida.

Palavras-chave: Hyoscine, Labor Phase Active, Bishop Index.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen Español	vi
Summary English	vii
Resumo Inglês	viii

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1. Problema general	13
1.2.2. Problemas específicos	14
1.3. Objetivo general y objetivos específicos	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	16
1.4.1. Hipótesis general	16
1.4.2. Sub Hipótesis	16
1.5. Variables	17
1.5.1. Independiente	17
1.5.2. Dependiente	17
1.5.3. Operacionalización de variables	17
1.6. Justificación e importancia	18
1.7. Viabilidad	19
1.8. Limitaciones	19

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Antecedentes internacionales	20
2.1.2. Antecedentes nacionales	22
2.1.3. Antecedentes locales	23
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Bases o fundamento filosófico del tema de investigación	29
2.4. Definiciones conceptuales	31
2.5. Bases epistémicos	32
2.6. Bases antropológicas	35

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1	Tipo de investigación	36
3.2	Nivel de investigación	37
3.3	Diseño y esquema de investigación	37
3.4	Población y muestra	38
3.5	Instrumento de recolección de datos	38
3.6	Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos	39

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1.	Presentación de resultados de trabajo de campo	42
4.2.	Análisis inferencial	48

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1.	Discusión de resultados	54
------	-------------------------	----

	CONCLUSIONES	56
--	--------------	----

	SUGERENCIAS	58
--	-------------	----

	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
--	----------------------------	----

	Anexos	60
--	--------	----

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El trabajo de parto prolongado puede incrementar la morbilidad debido a un mayor riesgo de agotamiento materno, hemorragia posparto, sepsis, sufrimiento fetal y la asfixia fetal la cual requiere la detección temprana y la respuesta clínica adecuada; el tiempo extensivo del trabajo de parto conduce a una probabilidad de mortalidad materna neonatal.¹

En el Perú la incidencia al año 2015 es del 33%. El manejo activo del trabajo de parto versus fisiológico, el manejo expectante, se ha demostrado que disminuye la incidencia de parto prolongado. La administración de antiespasmódicos durante el parto también podría dar lugar a una dilatación más rápida y efectiva del cuello uterino. Las intervenciones para acortar el trabajo de parto, tales como antiespasmódicos, se puede utilizar como un preventivo o una estrategia de tratamiento con el fin de disminuir la incidencia de parto prolongado.¹

Aceleración del trabajo de parto representa una ruptura completa con la actitud tradicional de espera vigilante. El progreso del parto es determinado por la dilatación progresiva del cuello y el descenso de la presentación. La dilatación cervical es uno de los factores más importantes que determinan la duración del parto y es el resultado de todas las fuerzas que producen la contracción uterina actuando contra la resistencia pasiva del tejido cervical.²

Existen varios métodos mecánicos y farmacológicos con los cuales se puede facilitar la dilatación cervical.²

La manipulación digital del cuello puede facilitar la liberación de prostaglandinas produciendo una reducción en la necesidad de una inducción formal del parto.²

La amniotomía, especialmente cuando se hace en forma temprana, aumenta las contracciones y acorta ligeramente la duración del trabajo de parto.²

Se puede combinar con la oxitocina para mejorar los resultados.²

La aplicación cervical de relaxina y estradiol también ha sido utilizada con cierto éxito.²

Las prostaglandinas han sido utilizadas en varias formas para inducir el parto, especialmente el gel de prostaglandina E2 y las tabletas del análogo de prostaglandina F2 alfa para inducir maduración cervical.²

La oxitocina es usada en todo el mundo para la inducción y progresión del trabajo de parto, es bastante segura y efectiva, pero no produce alivio del dolor y su mecanismo de acción principal es la estimulación de contracciones uterinas, las cuales se vuelven cada vez más fuertes y por lo tanto las gestantes perciben mayor dolor.²

El butil bromuro de hioscina pertenece a los fármacos parasimpaticolíticos y es un derivado semisintético de la escopolamina.

Tiene actividad antiespasmódica pero carece de los efectos adversos de la atropina.

Es un compuesto amonio cuaternario y tiene acción anticolinérgica periférica pero no central, ya que no cruza la barrera hematoencefálica.

Actúa principalmente bloqueando la transmisión de impulsos neuronales en los ganglios parasimpáticos de los órganos abdominales, aparentemente inhibiendo la transmisión colinérgica en las sinapsis.²

Los fármacos espasmolíticos son frecuentemente utilizados en las urgencias obstétricas para evitar o suprimir el espasmo cervical, además, reducir la duración del parto, razón por la cual nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la efectividad de la administración de hioscina en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las variables de caracterización de la población en estudio?
2. ¿Cuál es el mecanismo de acción de la hioscina en el trabajo de parto fase activa luego de la administración de hioscina en gestante primigestas?
3. ¿Cuánto es el puntaje promedio del índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas antes de la aplicación del estímulo?
4. ¿Cuánto es el puntaje promedio del índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas después de la aplicación del estímulo?
5. ¿Cuánto es el número de horas de duración de la fase activa del trabajo de parto siguiendo el índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas?
6. ¿Cuáles son los resultados entre el grupo experimental y grupo control en la duración del trabajo de parto fase activa según índice de Bishop modificado antes y después?

1.3 Objetivo general y objetivos específicos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de la administración de hioscina en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

2. Identificar las variables de caracterización de la población en estudio.
3. Conocer el mecanismo de acción de la hioscina en el trabajo de parto fase activa luego de la administración de hioscina en gestante primigestas.
4. Identificar el puntaje promedio del índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas antes de la aplicación del estímulo.
5. Identificar el puntaje promedio del índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas después de la aplicación del estímulo.
6. Conocer el número de horas de duración de la fase activa del trabajo de parto siguiendo el índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas.
7. Comparar los resultados entre el grupo experimental y grupo control en la duración del trabajo de parto fase activa según índice de Bishop modificado antes y después.

1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

H_a: La administración de hioscina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

H₀: La administración de hioscina no tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

1.4.2. Sub Hipótesis

H^a: La administración de la solución salina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas.

H⁰: La administración de la solución salina no tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas.

1.5. Variables

1.5.1. **Independiente:** hioscina

1.5.2. **Dependiente:** duración de trabajo de parto fase activa

1.5.3. **Caracterización:** demográficas y obstétricas

1.5.4. **Interviniente:** dinámica uterina

1.5.5. **Operacionalización:**

VARIABLE		DIMENSION	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR FINAL
Variable Dependiente: Trabajo de parto fase activa	TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	Índice de Bishop Modificado	Dilatación	Cuantitativo	Ordinal	4 cm. 6 cm. 8 cm. 10 cm.
			Borramiento			25 % 50 % 75 % 100%
			Estación			- 2 cm. - 1 cm. 0 cm. + 1 cm.
			Posición	Cualitativo	Nominal	Posterior Central Anterior
			Consistencia			Dura Media Blanda
			Variable Independiente: Hioscina	HIOSCINA	Mecanismo de acción	Acción en el músculo liso del útero
Acción de relajación del istmo del cuello uterino						

1.6. Justificación e importancia

El trabajo de parto prolongado conduce a un aumento de la morbimortalidad materna y neonatal, debido a un mayor riesgo de agotamiento materno, haciendo el proceso de parto de riesgo alto; esta condición lleva a diversas patologías entre ellas las hemorragias posparto, septicemia, sufrimiento fetal y asfixia fetal entre otras, requiriendo detección temprana y respuesta clínica adecuada.

Los riesgos de complicaciones del trabajo de parto prolongado son mucho mayores en los lugares de escasos recursos. El manejo activo del trabajo de parto frente a la conducta expectante, fisiológica, ha mostrado una disminución de la incidencia de trabajo de parto prolongado.

La administración de antiespasmódicos como la hioscina durante el trabajo de parto conduce a una dilatación más rápida y más efectiva a nivel del cuello uterino. El trabajo de parto prolongado puede conducir a un aumento de la morbimortalidad materna y neonatal debido a los riesgos. Las medidas de acción en un manejo activo en la fase de dilatación pueden hacer la diferencia entre la vida y la muerte; por lo que esta investigación beneficiará a la gestante acortando la fase y mejorará el pronóstico del niño por nacer.

1.7. Viabilidad

Viabilidad académica está dado en la sustentación de bases teóricas y conceptuales, seleccionadas de fuentes científicas; la viabilidad humana fue dada con la autorización correspondiente por parte de la institución y la gestante; viabilidad económica necesaria para realizar dicho estudio estuvieron a cargo del investigador.

1.8. Limitaciones

La autorización del comité de ética.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

De Nobrega Correa, Helen; Guerra Velásquez, Mery; Reyna Villasmil, Eduardo y et al., investigaron sobre los “Efectos del butil bromuro de hioscina y oxitocina intravenoso en la duración del parto de embarazos a término”, la investigación se llevó a cabo en Venezuela en el año 2015; los autores revelaron los siguientes resultados: estadísticamente no encontraron datos significativos entre los grupos con relación a edad materna, edad gestacional y puntuación de Bishop en el momento de la administración de los fármacos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la duración de la primera, segunda y tercera fase del trabajo de parto entre las pacientes del grupo A y las pacientes del grupo B. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las mediciones de Apgar al minuto y a los 5 minutos. No se reportaron u observaron afectos adversos maternos atribuibles al uso del butil bromuro de hioscina o de la oxitocina.³

Aggarwal P y Zutshi Batra S, estudiaron el “Papel de bromuro de hioscina N-butilo como analgésico de trabajo de parto”, estudio llevado a cabo en la India en el año 2015 donde mencionan los siguientes resultados: 104 primigrávidas con feto único vivo en presentación cefálica e inicio espontáneo del trabajo de parto (37-40 semanas de

gestación), fueron consecutivamente aleatorizadas a dos grupos de 52 mujeres cada uno. Las mujeres del grupo I recibieron 40 mg EBB intravenosos en la fase activa del parto, mientras que las del grupo II recibieron 2 ml de solución salina normal. Los resultados mostraron que la duración del parto fue de 2-4 horas en la mayoría de los pacientes en el grupo I (duración media de 3 horas 46 minutos), mientras que para la mayoría de las mujeres del grupo II el parto duró entre 8-10 horas (duración media de 8 horas 16 minutos). Además se observó un alivio del dolor (cambio porcentual promedio en las puntuaciones del dolor a las dos horas respecto al dolor referido justo antes del tratamiento) en el grupo I de 35,6%, mientras que fue del 12,5% en el grupo control ($p < 0,001$). Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos y no se observaron efectos adversos maternos.⁴

Samuels LA, Christie L, Gittens B, y et al., investigaron sobre el “Efecto de butilbromuro de hioscina en la primera etapa del parto en embarazos a término”, la investigación aplicada en USA en el año 2014; donde los autores mencionan como resultados del estudio doble ciego donde participaron 129 mujeres (69 recibieron placebo y 60 EBB intravenosos) en fase de trabajo de parto espontáneo tras una gestación a término. Desglosado por la paridad, 34 mujeres primigestas y 35 multigestas recibieron el placebo, mientras que el fármaco lo recibieron 29 mujeres primigestas y 31 multigestas. En este estudio el tiempo promedio para la primera etapa del parto en el grupo control fue de 228 minutos, comparado con 156 minutos en el grupo de EBB (diferencia de 72 minutos que representó una disminución del 31,7%, $P = 0,001$, IC

95% 32-115). No hubo diferencias significativas en la duración de la segunda y tercera fases del parto. Tampoco hubo diferencias en la pérdida de sangre asociada o en las puntuaciones del test de Apgar de los recién nacidos. Hubo un ligero aumento en la tasa de cesáreas (6,7 versus 4,3%), pero no alcanzó significación estadística. Tampoco se observaron eventos adversos o efectos adversos significativos en el grupo de mujeres que recibieron el fármaco.⁵

2.1.2 Antecedentes nacionales

Luís Paredes, Francisco Miranda; Bernuy Luís y et al., en el año 2011, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Lima, Perú, realizaron la investigación denominada “Efecto de la analgesia de parto en la gestante y el recién nacido”, en un estudio analítico de casos y control, encontraron los siguientes resultados: la velocidad de la dilatación fue de 2,27 centímetros por hora para el grupo control y 4,7 centímetros por hora para el grupo de parto con analgesia, con diferencia estadísticamente significativa $p < 0,01$. El periodo expulsivo fue de 13,904 minutos en el grupo control y 16,132 minutos en el grupo de parto con analgesia, diferencia estadísticamente significativa, con $p < 0,01$. Concluyendo que la analgesia de parto acorta el periodo de dilatación y prolonga el periodo expulsivo, sin variación de los resultados en el recién nacido.⁶

Arias Silvia y Montes Celina en el año 2015 investigan en el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú sobre “Bupivacaína al 0,25% peridural, en la analgesia del parto”; efectos hemodinámicos en la madre y el feto; estudiaron a parturientas en fase activa de trabajo de parto. Las

principales medidas de resultados fueron: disminución del dolor, hemodinamia materna, pH neonatal. Resultados: La administración de bupivacaína 0,25% disminuyó significativamente el dolor ($p < 0,001$, prueba de Friedman), requiriendo 33 parturientas analgesia suplementaria (45 mg BPV prom.). La frecuencia basal fetal preanalgesia fue 142 lat/min y postanalgesia, 136 lat/min (t student $p < 0,05$); el dermatoma alcanzado fue T8, con duración promedio de 115 min; la satisfacción fue excelente en 50,1%. Se usó oxitocina en 88,3% (13,1mU/min, DE 3,2 mU/min), asociándose al acortamiento del tiempo de la fase activa en 2,42 h en primigestas y 1,55 h en multigestas; la cesárea fue necesaria en 11,7%, el PH neonatal promedio 7,24. Conclusiones: La analgesia epidural con bupivacaína 0,25% vía catéter es eficaz. La hemodinamia materna se mantiene, el latido cardiaco fetal desciende 12 latidos/min en promedio, la fase activa se acorta, estando relacionado al requerimiento de oxitocina.⁷

2.1.3 Antecedentes locales

En nuestra localidad no se encontraron investigaciones concordantes con la problemática planteada.

2.2 Bases teóricas

1. Hioscina

a. Generalidades

El butil bromuro de hioscina (también conocido como bromuro de butilescopolamina o buscapina) es un compuesto de amonio cuaternario derivado de la hioscina, un alcaloide presente en algunas plantas del género *Duboisia*, como por ejemplo la *Duboisia*

myoporoides. La hioscina butilbromuro es un antiespasmódico. Como lo sugiere el nombre, estos fármacos contienen y alivian espasmos. Se utiliza en el tratamiento de las molestias y el dolor causados por espasmos abdominales. No enmascara el dolor, como los analgésicos, sino que actúa sobre la causa del dolor: el espasmo muscular mismo.

b. Composición

Cada ampolla contiene: Butilbromuro de hioscina 20 mg excipientes: cloruro de sodio y agua para inyectables en 1 mililitro.

c. Acción terapéutica

Butilbromuro de hioscina ejerce una acción espasmolítica sobre la musculatura lisa del tracto gastrointestinal, biliar y órganos genitourinarios. Como es un derivado amónico cuaternario, el N-butilbromuro de hioscina no afecta al sistema nervioso central. Por consiguiente. La acción anticolinérgica periférica resulta tanto de una acción que bloquea los ganglios intramurales de los órganos huecos como de una actividad antimuscarínica.

d. Acción farmacológica

El butilbromuro de hioscina es un fármaco anticolinérgico con elevada afinidad hacia los receptores muscarínicos localizados en las células de músculo liso del tracto digestivo. Al unirse a estos receptores, la buscapina ocasiona un efecto espasmolítico. N-butilbromuro de hioscina también es un buen ligando para los receptores nicotínicos ejerciendo, por tanto, un bloqueo ganglionar.

e. Farmacocinética

Después de su administración oral e Intravenosa, el N-butilbromuro de hioscina se concentra en el tejido del tracto gastrointestinal, hígado y riñones. La auto radiografía confirma que el N-butilbromuro de hioscina no atraviesa la barrera hematoencefálica. Tras su administración vía oral, el N-butilbromuro de hioscina es absorbido sólo parcialmente. Sin embargo, a pesar de los bajos niveles en sangre que se miden por un corto tiempo, el N-butilbromuro de hioscina permanece disponible en el lugar de acción debido a su alta afinidad por el tejido. Después de su administración I.V., la sustancia es eliminada rápidamente del plasma durante los primeros 10 minutos con una vida media de 2-3 minutos, reflejando así la alta afinidad de esta droga por el tejido.

f. Dosificación

En los dolores espásticos agudos, se recomienda 1 ampolla de 20 mg intravenosa, intramuscular o subcutánea, cada seis horas en 24 horas para adultos, en niños de 6 a 12 años: 5 - 10 mg/dosis hasta 3 veces por día, Lactantes y niños de < 6 años: 0,3-0,6 mg/kg/dosis 3 veces al día.

g. Posología

Ampollas: en caso de cólicos agudos en adultos usar 1-2 ampollas I.V., I.M. o S.C., la que puede repetirse 3-4 veces en el día. No se debe superar la dosis máxima de 100 mg/día (5 ampollas). En lactantes y preescolares usar ¼ de ampolla cada 8 horas I.M. o

I.V. Grageas: Adultos y niños mayores de 6 años: 1-2 grageas cada 4-6 horas. Escolares: 1 gragea cada 8 horas.

h. Contraindicaciones y precauciones

El butilbromuro de hioscina está contraindicada en pacientes con miastenia grave y megacolon. Las ampollas no deben administrarse en pacientes con trastornos ureteroprostáticos con riesgo de retención de orina, glaucoma de ángulo estrecho, taquicardia, íleo mecánico. Además no debe administrarse a pacientes con sensibilidad previamente comprobada al N-butilbromuro de hioscina o a cualquier otro componente del producto.

i. Efectos secundarios

Pueden presentarse efectos secundarios anticolinérgicos, incluyendo xerostomía, taquicardia, trastornos de la acomodación visual, vértigos y potencialmente formación de orina residual, pero todos estos efectos son, por regla general, leves y autolimitados. Se ha informado muy excepcionalmente sobre reacciones alérgicas, particularmente de la piel. También casos extremadamente raros de disnea en pacientes con historia de asma bronquial o alergia en piel así como reacciones anafilactoideas o shock anafiláctico con el uso de Buscapina ampollas.

j. Vía de administración

Intramuscular, intravenoso o subcutáneo.

Dosis usual adultos o adolescentes: Anticolinérgico o antiespasmódico gastrointestinal 10 a 20 mg tres o cuatro veces al día, ajustando la dosificación según se requiera.

2. Trabajo de parto

a. Generalidades

Se define como la secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas que dan como resultado el borramiento y la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto para culminar con la expulsión por la vagina del producto de la concepción.

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas y progresivas en el útero, que ayudan a que el cuello se incorpore y dilate para permitir el tránsito del feto por el canal del parto; sin embargo, las señales del trabajo de parto pueden variar de una mujer a otra.

b. Fase de dilación del trabajo de parto

La aparición de contracciones progresivamente más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza.

Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiera una consistencia blanda y vaya dilatándose.

Se considera que el parto está claramente establecido cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros. El tiempo y las contracciones necesarias para alcanzar esta dilatación son muy variables y en ocasiones este periodo denominado fase latente o pasiva de la primera etapa del parto es largo y durante él pueden surgir dudas sobre si el parto se ha iniciado ya o no.

Fase latente, las contracciones se vuelven más frecuentes, fuertes y adquieren regularidad y se presenta el mayor cambio del cuello uterino, que se adelgaza o se incorpora. La fase latente es la que varía más de una mujer a otra y de una labor de parto a otra. Puede tomar algunos días o unas pocas horas. Por lo general, se espera que la fase latente ocurra entre 8-12 horas. Para los primeros embarazos, puede durar casi las 20 horas. Para muchas mujeres, la fase latente de la labor de parto puede ser confundida con las contracciones de Braxton Hicks. Las membranas se romperán espontáneamente, al comienzo o en la mitad de la primera etapa de la labor de parto. Una vez que éstas se rompen, el proceso de labor de parto usualmente se acelera.

Fase activa, la cual es la fase en la que el cuello uterino se dilata con más rapidez. Para la mayoría de las mujeres la fase activa de la primera etapa del parto comienza al alcanzar los 4 centímetros de dilatación y culmina al alcanzar los 10. Su duración es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal: La fase activa de la primera etapa del parto de las mujeres que van a tener su primer bebé (nulíparas) suelen ser de alrededor de 6 horas. En las mujeres que ya han tenido algún parto (multíparas), la duración esperada es de aproximadamente 4-5 horas.

c. Índice de Bishop

El test o índice de Bishop, es un puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto para efectos de investigar la fase activa de trabajo de parto fue modificado en la operativización de variables.

2.3 Bases o fundamento filosófico del tema de investigación

Partos⁸

Si retomamos los comienzos históricos de la filosofía, tenemos la figura que Platón presenta de Sócrates como "hijo de una excelente y vigorosa partera", quien sobre tal práctica expuso:

... ninguna partera asiste a otras mujeres cuando ella misma está embarazada y puede dar a luz, sino cuando ya es incapaz de ello. [...] Las parteras, además, pueden dar drogas y pronunciar ensalmos para acelerar los dolores del parto o para hacerlos más llevaderos, si se lo proponen (Teéteto 150b).

Esta referencia explícita tiene como fin dar pie a la metáfora del trabajo filosófico que, de este modo, construye un origen enaltecido, al obturar la referencia a las bajezas del parto concreto: sangre, excremento, orina, cuerpo, mujer.

Así vendrá descripta la actividad del filósofo, siguiendo al Teéteto (150d):

... Mi arte de partear tiene las mismas características que el de ellas, pero se diferencia en el hecho de que asiste a los hombres y no a las mujeres, y examina las almas de los que dan a luz, pero no sus cuerpos.

La analogía no debe permitir, entonces, olvidar la diferencia jerárquica entre lo masculino y lo femenino (Bach *et al.*, 1994.II). De aquí que el producto de ambas procreaciones no sea equiparable y se distinga de este modo el parto real del filosófico:

... No sucede, en efecto, que las mujeres a veces den a luz una vana apariencia y otras un fruto real, y que cueste algún esfuerzo discernir entre unas y otros. Si ocurriera así, el trabajo más importante y más hermoso de las parteras sería separar lo real de lo que no lo es. El mayor privilegio del arte que yo practico es que sabe probar y discernir, con todo rigor, si es apariencia vana y mentirosa la que alumbra la reflexión del joven o si es fruto de vida y verdad (Teéteto 151 ab).

Si nos remitimos al *Banquete* encontramos la apropiación, por parte de Sócrates, del discurso de *Diotima*. A través de sus palabras el cuerpo sexuado se puede hacer pensamiento gracias a la belleza, a la eternidad y a la mediación de Eros:

...Impulso creador, Sócrates, tienen, en efecto, todos los hombres, no sólo según el cuerpo, sino también según el alma, y cuando se encuentran en cierta edad, nuestra naturaleza desea procrear. Pero no puede procrear en lo feo, sino sólo en lo bello (Banquete 206c).

Ahora bien, la distinción de fecundidad según el cuerpo o según el alma disolverá la pretendida analogía al restablecer la disimetría entre los sexos: los que son fecundos

... según el cuerpo se dirigen preferentemente a las mujeres y de esta manera son amantes, procurándose mediante la procreación de hijos, inmortalidad, recuerdo y felicidad, para todo tiempo futuro. En cambio, los que son fecundos según el alma [...] mantienen entre sí una comunidad mucho mayor que la de los hijos y una amistad más sólida, puesto que tienen en común hijos más bellos y más inmortales. Y todo el mundo preferiría para sí haber engendrado tales hijos en lugar de los humanos... (Banquete 208d-209a).

2.4 Definiciones conceptuales

2.4.1 Disminución de la fase activa de dilación del parto

Reduce el tiempo estipulado de dilatación en el parto, a partir de los 4 centímetros de dilatación denominado por Fridman fase activa de dilatación en el parto.

2.4.2 Gestante

Estado de embarazo o gestación, que inicia con la fecundación y culmina con el parto.

2.4.3 Hioscina⁹

Fármaco alcaloide de la belladona, efectos anticolinérgicos que lo hacen efectivo en la disminución de la frecuencia e intensidad de los movimientos de tipo espasmódicos en músculo liso.

2.4.4 Primigesta

Proceso de gestación por primera vez.

2.5 Bases epistémicos

En nuestra investigación aplicaremos el método de contrastación experimental, con el objeto de estudio relaciones causa efecto, donde el método de hallazgo es la inducción, la naturaleza del conocimiento es un acto de descubrimiento con un enfoque empirista inductivo; Empirismo, proviene del término griego εμπειρισμός (textualmente, experiencia), la translación latina es experientia, de la que se deriva la palabra experiencia.

Aristóteles quien mejor expresó el valor del conocimiento de la experiencia, por más que lo considerara sometido al supremo valor de lo teórico.

En su Metafísica (982b 11-32), Aristóteles concibe al conocimiento como un proceso:

Se parte de lo común con los animales dotados de sensación y memoria y, por tanto, con experiencia; es la acumulación de experiencia lo que a los hombres hace «expertos».

Más perfecto es el conocimiento de dicha experiencia unida a la reflexión, lo que convierte a los hombres en “artesanos”; lo que hoy denominaríamos técnicos (médicos, arquitectos, estrategas, etc.)

La perfección de la función racional humana se manifiesta en la suprema facultad de elevarse a los fundamentos de dichos conocimientos a través de las causas hasta los primeros principios; es en esto en lo que el hombre se asemeja a los dioses, el saber de una Ciencia primera, entendida hasta el siglo XVIII como Metafísica. Esto solo es posible en la medida en que una

sociedad tiene asegurados los bienes materiales, y por tanto puede dedicar a los «hombres libres» a la «inutilidad» del pensamiento en búsqueda de la verdad de la ciencia.

El pensamiento empirista presenta una variante denominada enfoque Empirista-inductivo, conocido también como enfoque por asociación, probabilista, positivista, neopositivista, atomista lógico, entre otros. Es un movimiento que surge como pensamiento crítico – revolucionario en el siglo XX, y como propuesta para la producción de conocimiento científico; ha sido el modelo dominante en las Ciencias Sociales. El Empirista – Inductivo ha sido identificado con la palabra Positivismo, según Padrón (1993). Se basa en el control riguroso, de validación; su finalidad es la de descubrir, explicar controlar y percibir conocimiento.

Una característica resaltante del empirismo inductivo está enmarcado por un estilo de pensamiento sensorial cuya orientación concreta y objetiva de las cosas, está dada por un lenguaje numérico – aritmético mediante una vía inductiva y por referencia a la validación de la realidad objetiva.

En este enfoque se concibe el producto intelectual del conocimiento científico determinado por patrones de regularidad a partir de los cuales se explican las interdependencias entre clases distintas de eventos fácticos. Esta regularidad puede ser establecida gracias a la observación de sus repeticiones, lo cual a su vez permitirá inferencias probabilísticas de sus comportamientos futuros. En ese sentido, conocer algo científicamente equivale a conocer tales patrones de regularidad.

En cuanto a las vías de acceso al conocimiento como los mecanismos para su producción y validación se establece a través de los sentidos y sus prolongaciones, tales como instrumentos de observación y medición, ya que los patrones de regularidad se captan a través del registro de repeticiones de eventos.

Por tanto, es el método Inductivo, sustentado en el poder de los instrumentos sensoriales y en el valor de los datos de la experiencia (de allí el término empirista), el sistema de operaciones privilegiado dentro de este enfoque. El conocimiento es un acto de descubrimiento de patrones de comportamiento de la realidad. De este modo se obtienen los resultados a través de la medición, la experimentación, los tratamientos estadísticos, la instrumentación refinada y otros cálculos requeridos por el investigador.

En conformidad con lo planteado el Positivismo constituye una corriente o escuela filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico. El positivismo deriva de la epistemología que surge en Francia a inicios del siglo XIX de la mano del pensador francés Augusto Comte y del británico John Stuart Mill y se extiende y desarrolla por el resto de Europa en la segunda mitad de dicho siglo. Según esta escuela, todas las actividades filosóficas y científicas deben efectuarse únicamente en el marco del análisis de los hechos reales verificados por la experiencia que obedece a una visión de la sociedad y al individuo como objetos de estudio científico.

2.6 Bases antropológicas¹⁰

A través de los registros fósiles de seres humanos, y en comparación con otros primates, los antropólogos pueden mostrar la forma en que el bipedismo, los grandes cerebros, el desamparo infantil y la asistencia social se reunieron, dieron como resultado la difícil y peligrosa forma en que los seres humanos dan a luz.

Cuando nuestros antepasados evolucionaron al comenzar a caminar erguidos sobre dos piernas, explica Rosenberg, esta postura recta implicó que se acortara la apertura de la pelvis por la que el feto debe viajar. Esto exigía una nueva forma de nacimiento, de modo que el feto debía encontrar su camino a través de un estrecho canal de parto.

La media de apertura de la pelvis en una mujer de hoy es de 13 centímetros en su diámetro mayor y de 10 centímetros en el más pequeño. El promedio de cabeza de los bebés es de 10 centímetros, y los hombros son de unos 12 centímetros de ancho. Hoy día, el canal de parto es un sinuoso túnel que somete al feto a una serie complejos giros y volteos para su salida, todo este proceso tienen fases en el parto y depende de su evolución para acortarlos.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Ámbito des estudio: se realizó en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, ubicado en la Av. Micaela Bastidas S/n Paucarbamba, Distrito de Amarilis.

3.2 Tipo de investigación:

En el presente trabajo de investigación se utilizó los siguientes métodos y tipos de estudio:

Método de estudio utilizado es el método deductivo, porque el proceso se inicia con la observación, siendo el propósito señalar las verdades particulares, Graciela Pardo de Vélez.¹¹

El presente estudio según la intensión del investigador fue experimental, anotación de Hernández Sampieri;¹² porque se introdujo y manipuló el factor causal (administración de la hioscina) para determinar el efecto en la variable dependiente (disminución del tiempo de duración del trabajo de parto).

Según la planificación de la toma de datos: Prospectivo, porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos de acuerdo a los hechos que se fueron presentando, anotación de José Supo.¹³

Según el periodo de tiempo el presente estudio fue de tipo longitudinal, porque se hizo la recolección de datos en diferentes momentos, anotación de Graciela Pardo de Vélez.¹⁴

Nivel de investigación: Aplicativo porque son estudios con intervención al manipular la variable independiente para resolver problemas en el campo de la salud; anotación de José Supo.¹⁵

3.3 Diseño de la Investigación

Diseño: se utilizó el experimental, porque fue manipulada la variable independiente, **cuasi-experimental**, con esquema de un diseño grupo control no equivalente, anotación de Mc Guigan et al., cuyo esquema es el siguiente:

Grupo	Pre (antes)	Intervención	Post (después)
	Tacto vaginal Bishop		Tacto vaginal Bishop
G1	O ₁	X	O ₂
G2	O ₃	-	O ₄

Donde:

G1: Grupo experimental

G2: Grupo control

O_{1, 2}: Observación pre y pos con estímulo (administración de hioscina tiempo de parto <8 horas)

O_{3, 4}: Observación pre y pos sin estímulo (tiempo de parto 8 a más horas)

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población Muestral

Fueron 64 gestantes: 32 para el grupo experimental y 32 para el grupo control.

3.4.2 Muestreo fue **No probabilístico** bajo la modalidad o técnica del muestreo según criterio del investigador (criterios de inclusión), donde se eligen individuos que se estima son representativos de la población, anotación de Justina Prado.

3.4.3 Criterios

Criterios de inclusión:

- Primigestas.
- Gestantes con control pre natal completo.
- Gestante a término
- Gestante en fase activa de trabajo de parto.
- Latidos cardiacos fetales en parámetros normales.
- Gestante que le administraron hioscina por indicación médica.
- Gestantes que aceptaron ser parte de la investigación.

3.4.4 Selección de la muestra

Unidad de análisis: gestantes en trabajo de parto.

Unidad de muestreo: gestantes fase activa de parto.

Marco muestral: relación de gestantes en fase activa de parto.

3.5 Instrumento de recolección de datos

3.5.1 Técnica:

Observación.- es un método de análisis de la realidad que se vale de la contemplación de los fenómenos, acciones, procesos, situaciones y su dinamismo en su marco natural.¹⁶

3.5.2 Instrumento:

Ficha de observación o evaluación.- consta de cinco partes. 1. Variables de caracterización: demográficas y obstétricas, haciendo un total de cinco ítems. 2. Hioscina que tiene una parte y dos ítems. 3. Trabajo de parto fase activa: dos partes y dos ítems. 4. Índice de Bishop modificado sin hioscina, cinco partes y 3 ítems cada una. 5. Índice de Bishop modificado con hioscina, cinco partes y 3 ítems cada una.

3.5.3 Validación de Instrumentos:

Validez cualitativa, se realizó a través del juicio de expertos a cinco profesionales, tres obstetras y dos médicos que brindan atención de parto, para ello se utilizó un esquema uniformizado a Ciencias de la Salud a través del método de Delphi.

Confiabilidad, entiéndase como el grado en que un instrumento produce resultados coherentes y consistentes, anotación de Kerlinger; en la presente investigación se aplicó la prueba estadística de estadística de Alpha de Crombach, siendo la confiabilidad 0,89 denotando altamente confiable.

3.6 Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos

3.6.1 Procesamiento de datos

1. **Revisión:** Una vez llevada a cabo la recolección de datos, se procedió a revisar cuidadosamente cada uno de los instrumentos con el propósito de verificar que todos los ítems hayan sido rellenados de acuerdo a las instrucciones.

2. Clasificación y codificación: Los datos recolectados se almacenaron en una base de datos, utilizando para esto el programa Microsoft Excel versión 2010. Posteriormente se utilizó la base de datos para el programa estadístico Minitab 17 y SPSSv.24.

3. Análisis de datos: La información se registró en el instrumento elaborado para almacenarse posteriormente en una base de datos.

4. Consideraciones éticas consentimiento informado

Se consideró la reunión mensual de los profesionales Gineco Obstetras, miembros integrantes del comité de ética, quienes analizaron la investigación y autorizaron la ejecución de la investigación, cuando sea emitida a criterio médico la receta de la hioscina, firmada por el Médico Gineco-Obstetra.

5. Procedimientos.- el proceso de la investigación se realizó de la siguiente manera:

- a. Para identificar la fase activa del trabajo de parto, se realizó el tacto vaginal donde se evaluó las características del cuello uterino a partir del índice de Bishop modificado, registrando los datos en el partograma y en la ficha de observación en el estadio pre test (antes de la aplicación del estímulo), tanto del grupo experimental como del grupo control. Utilizando la técnica de enmascaramiento del simple ciego.

- b. La administración de la hioscina se realizó por indicación médica según criterios de evaluación, fue en la fase experimental, sólo se aplicó al grupo experimental y al grupo control se le administró solución salina efecto placebo.
- c. El control post-prueba se realizó siguiendo estrictamente el partograma y con el examen de tacto vaginal siguiendo el índice de Bishop modificado en ambos grupos control y experimental; se anotó los hallazgos encontrados en la ficha de observación.

6. Presentación de datos:

Estadística descriptiva: se usó tablas y figuras para presentar los resultados de cada variable.

Estadística inferencial: se procedió aplicar la prueba de Shapiro Wilk (para datos menores de 50) con el propósito de hallar la normalidad de 32 datos, obteniendo un resultado de Shapiro Wilk de un valor p menor a 0,05; lo que significa que los datos son asimétricos o anormales, por lo que se decidió utilizar la prueba estadística Rangos de Wilconxon en lugar del t de student.

$$z = \frac{W - \frac{n_1(n_1 + n_2 + 1)}{2}}{\sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}}$$

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados de trabajo de campo con aplicación estadística, mediante distribución de frecuencias y gráficos.

Tabla 1

Características de las gestantes primigestas según grupo experimental y control en usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

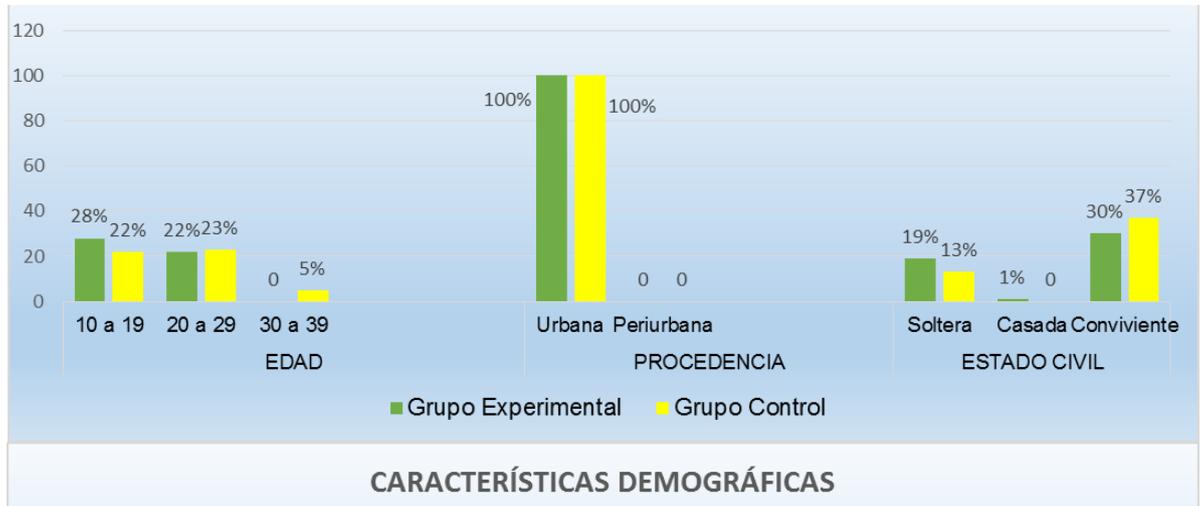
Características demográficas	n = 64				Total		
	Grupo Experimental		Grupo Control		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Edad (años)	10 a 19	18	28	14	22	32	50
	20 a 29	14	22	15	23	29	45
	30 a 39	0	0	3	5	3	5
	40 a más	0	0	0	0	0	0
	Total	32	50	32	50	64	100
Procedencia	Urbana	32	50	32	50	64	100
	Periurbana	0	0	0	0	0	0
	Total	32	50	32	50	64	100
Estado civil	Soltera	12	19	8	13	20	31
	Casada	1	1	0	0	1	2
	Conviviente	19	30	24	37	43	67
	Total	32	50	32	50	64	100

Fuente: Ficha de datos.

Análisis e Interpretación:

Como se evidencia en la tabla 1 se compara los dos grupos (experimental y control). El grupo experimental [18 (28%)] pertenecieron al grupo de edad entre 10 a 19 años, mientras [14 (22%)] pertenecieron a las edades entre 20 a 29 años. Mientras tanto el grupo de control presentó [14 (22%)] pertenecieron al grupo de edad entre 10 a 19 años, mientras [15 (23%)] pertenecieron a las edades entre 20 a 29 años valores semejantes al grupo experimental y [3 (5%)] edades entre 30 a 39 años.

Figura 1



Fuente: Tabla 1.

Tabla 2

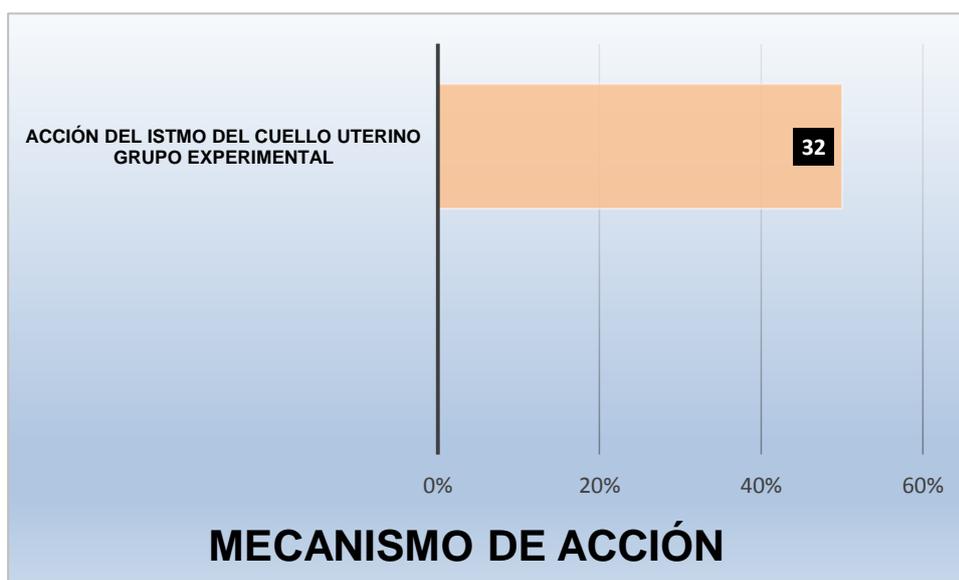
Mecanismo de acción de la hioscina en el trabajo de parto fase activa según grupo experimental y control en usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

Categoría		n = 64				Total	
		Grupo Experimental		Grupo Control		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Acción en el músculo liso del útero	Si	0	0	32	50	32	50
	No	32	50	0	0	32	50
	Total	32	50	32	50	64	100
Acción del istmo del cuello uterino	Si	32	50	0	0	32	50
	No	0	0	32	50	32	50
	Total	32	50	32	50	64	100

Fuente: Ficha de observación.

Análisis e Interpretación:

Como se evidencia en la tabla 2 se compara los dos grupos (experimental y control). El grupo experimental [32 (50%)] tiene el mecanismo de acción del istmo del cuello uterino por administración de la hioscina, mientras [32 (50%)] perteneciente al grupo control tiene el mecanismo de acción fisiológica sobre el músculo liso del útero.

Figura 2

Fuente: Tabla 2.

Tabla 3

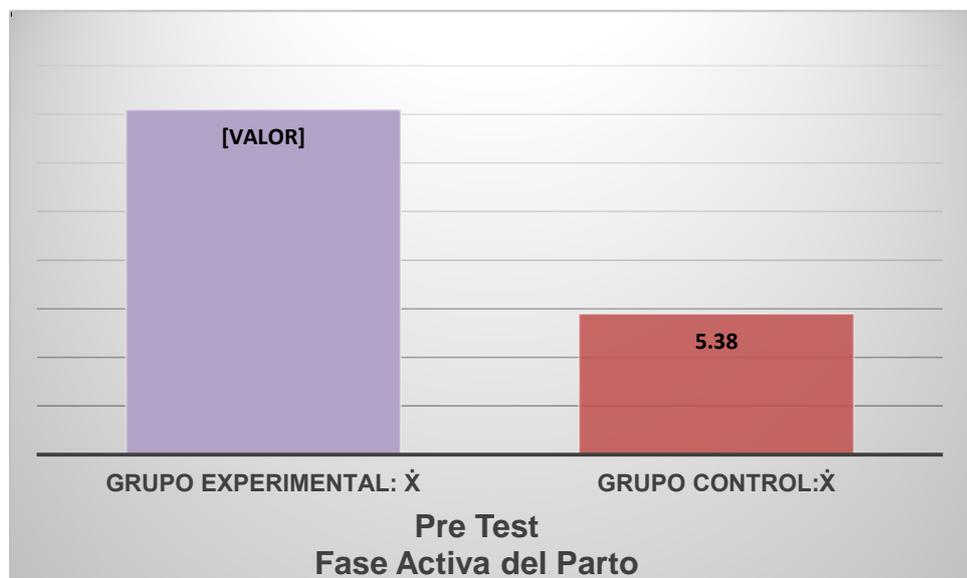
Fase activa del parto en el pre test en el grupo experimental y control en gestantes primigestas del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

n=64						
Puntaje promedio del índice de Bishop modificado	Pre test				Total	
	Grupo Experimental		Grupo Control			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fase activa del parto	6,22	50	5,38	50	-	100
Total	32	50	32	50	64	100

Fuente: Ficha de observación.

Análisis e Interpretación:

Como se evidencia en la tabla 3 se compara los dos grupos (experimental y control) según el puntaje promedio del índice de Bishop modificado antes de la aplicación del experimento y el estímulo. El grupo experimental presenta una media de 6,22 puntos correspondiente [32 (50%)], mientras el grupo control presenta una media de 5,38 puntos correspondiente [32 (50%)].

Figura 3

Fuente: Tabla 3.

Tabla 4

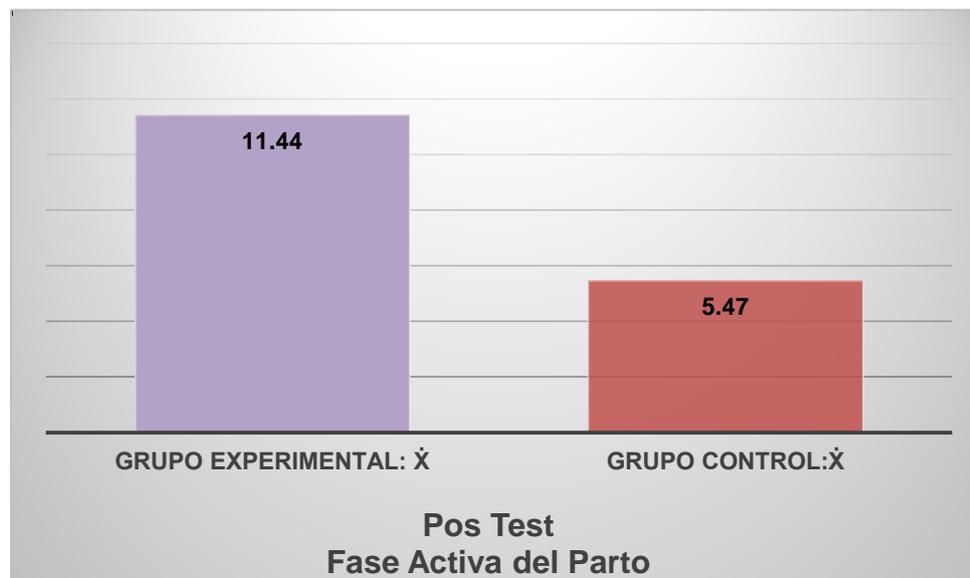
Fase activa del parto en el pos test en el grupo experimental y control en gestantes primigestas del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

n=64						
Puntaje promedio del índice de Bishop modificado	Post test				Total	
	Grupo Experimental		Grupo Control			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fase activa del parto	11,44	50	5,47	50	-	100
Total	32	50	32	50	64	100

Fuente: Ficha de observación.

Análisis e Interpretación:

Como se evidencia en la tabla 4 se compara los dos grupos (experimental y control) según el puntaje promedio del índice de Bishop modificado después de la aplicación del experimento y el placebo. El grupo experimental presenta una media de 11,44 puntos correspondiente [32 (50%)], mientras el grupo control presenta una media de 5,47 puntos correspondiente [32 (50%)].

Figura 4

Fuente: Tabla 4.

Tabla 5

Horas de la duración de la fase activa del trabajo de parto siguiendo el índice de Bishop modificado en el grupo experimental y grupo control en gestantes primigestas del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

Fase activa del trabajo de parto	n=64					
	Grupo Experimental		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Horas de duración (hasta 3)	19	30	1	1	20	31
Horas de duración (4 a 6)	12	19	14	22	26	41
Horas de duración (+ de 6)	1	1	17	27	18	28
Total	32	50	32	50	64	100

Fuente: Ficha de observación.

Análisis e Interpretación:

Como se evidencia en la tabla 5 se compara los dos grupos según las horas de duración del trabajo de parto con índice de Bishop modificado. Hasta tres horas: grupo experimental [19 (30%)] en comparación al grupo control [1 (1%)]; cuatro a seis horas: grupo experimental [12 (19%)] en comparación al grupo control [14 (22%)]; más de seis hora: grupo experimental [1 (1%)] en comparación al grupo control [17 (27%)]; evidentemente el grupo control tiene el tiempo de duración de la fase activa del parto más corto.

Figura 5

Fuente: Tabla 5.

4.2 Análisis inferencial

Cálculo de Normalidad

Estadística descriptiva del grupo experimental para cálculo de normalidad

			Estadístico	Error típ.
Tiempo de duración del trabajo de parto antes del grupo experimental	Media		6,22	,287
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5,63	
		Límite superior	6,80	
	Media recortada al 5%		6,19	
	Mediana		6,00	
	Varianza		2,628	
	Desv. típ.		1,621	
	Mínimo		4	
	Máximo		9	
	Rango		5	
	Amplitud intercuartil		3	
	Asimetría		,155	,414
	Curtosis		-1,099	,809
	Media		11,44	,205
Tiempo de duración del trabajo de parto después del grupo experimental	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	11,02	
		Límite superior	11,86	
	Media recortada al 5%		11,47	
	Mediana		11,50	
	Varianza		1,351	
	Desv. típ.		1,162	
	Mínimo		9	
	Máximo		13	
	Rango		4	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		-,167	,414
	Curtosis		-,994	,809

Pruebas de normalidad para el primer grupo relacionado – experimental

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Tiempo de duración del trabajo de parto antes del grupo experimental	,149	32	,069	,920	32	,021
Tiempo de duración del trabajo de parto después del grupo experimental	,186	32	,007	,900	32	,006

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Estadística descriptiva del grupo control para cálculo de normalidad

			Estadístico	Error típ.
Tiempo de duración del trabajo de parto antes del grupo control	Media		5,38	,209
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,95	
		Límite superior	5,80	
	Media recortada al 5%		5,31	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,403	
	Desv. típ.		1,185	
	Mínimo		4	
	Máximo		8	
	Rango		4	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		,567	,414
	Curtosis		-,339	,809
	Media		5,47	,246
Tiempo de duración del trabajo de parto después del grupo control	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4,97	
		Límite superior	5,97	
	Media recortada al 5%		5,35	
	Mediana		5,00	
	Varianza		1,934	
	Desv. típ.		1,391	
	Mínimo		4	
	Máximo		9	
	Rango		5	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		1,066	,414
	Curtosis		,935	,809

Pruebas de normalidad para el segundo grupo relacionado - control

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Tiempo de duración del trabajo de parto antes del grupo control	,187	32	,006	,885	32	,003
Tiempo de duración del trabajo de parto después del grupo control	,195	32	,003	,855	32	,001

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 6 Tablas de contingencia para comparar la diferencia de la duración del trabajo de parto según puntaje de Bishop de un grupo de gestantes antes y después de la aplicación de hiosina (grupo experimental).

Medidas de tendencia central	Duración del trabajo de parto según puntaje de Bishop Grupo experimental		Diferencia
	Antes	Después	
Media	6,218	11,437	-5,218
Desviación estándar	1,621	1,162	1,007
Varianza	2,628	1,350	1,015
Z (S-W)	0,920	0,900	0,679
p- valor	0,020	0,006	0,000

Tipo de distribución: asimétrica o sin normalidad

Tabla 7 Tablas de contingencia para comparar la diferencia de la duración del trabajo de parto según puntaje de Bishop de un grupo de gestantes antes y después de la aplicación de hiosina de la solución salina (grupo control).

Medidas de tendencia central	Duración del trabajo de parto según puntaje de Bishop Grupo control		Diferencia
	Antes	Después	
Media	5,375	5,468	-0,093
Desviación estándar	1,184	1,390	0,296
Varianza	1,403	1,934	0,087
Z (S-W)	0,885	0,854	0,334
p- valor	0,002	0,000	0,000

Tipo de distribución: asimétrica o sin normalidad

Hipótesis:

H^a: La administración de hioscina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas.

H^o: La administración de hioscina no tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas

Rangos del grupo experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Duración del trabajo de parto después del grupo experimental –	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	32 ^b	16,50	528,00
Duración del trabajo de parto antes del grupo experimental	Empates	0 ^c		
	Total	32		

a. Duración del trabajo de parto después del grupo experimental < Duración del trabajo de parto antes del grupo experimental

b. Duración del trabajo de parto después del grupo experimental > Duración del trabajo de parto antes del grupo experimental

c. Duración del trabajo de parto después del grupo experimental = Duración del trabajo de parto antes del grupo experimental

Estadísticos de contraste ^a del grupo experimental

	Duración del trabajo de parto después del grupo experimental - Duración del trabajo de parto antes del grupo experimental
Z	-5,038 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

Fuente: Estadística.

Interpretación:

Con un valor de W igual a -5,038 y un error de 0,000 se concluye que la hioscina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas. **Aceptado está hipótesis.**

H^a: La administración de la solución salina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas.

H^o: La administración de la solución salina no tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Duración del trabajo de parto después del grupo control –	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	3 ^b	2,00	6,00
Duración del trabajo de parto antes del grupo control	Empates	29 ^c		
	Total	32		

- Duración del trabajo de parto después del grupo control < Duración del trabajo de parto antes del grupo control
- Duración del trabajo de parto después del grupo control > Duración del trabajo de parto antes del grupo control
- Duración del trabajo de parto después del grupo control = Duración del trabajo de parto antes del grupo control.

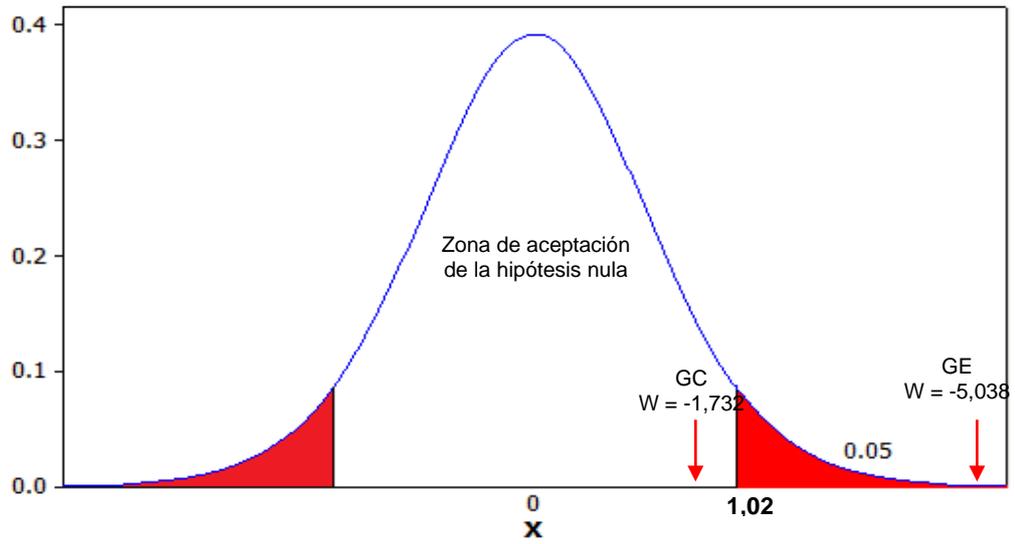
Estadísticos de contraste ^a	
	Duración del trabajo de parto después del grupo control - Duración del trabajo de parto antes del grupo control
Z	-1,732 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	,083

- Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
- Basado en los rangos negativos.

Interpretación:

Con un valor de W igual a -1,732 y un error de 0,083 se concluye que la solución salina no tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas.

Campana de Gauss



CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

El grupo experimental está conformado por gestantes que recibieron hioscina en la fase activa del trabajo de parto, donde se evidencio que 28% están comprendidas en la edad adolescente, seguidas del 22% entre las edades de 20 a 29 años; todas de procedencia urbana y mayoritariamente 30% convivientes a comparación de las gestantes del grupo control donde 23% son de las edades entre 20 a 29 años, igualmente todas de procedencia urbana y 37% convivientes; la diferencia entre ambos grupos radica en las edades. Estos hallazgos son contrastados por De Nobrega Correa, Helen y et al.,¹⁷ quien en el año 2015, se refirió estadísticamente que no encontraron relación entre las edades maternas y la puntuación Bishop al momento de administrar butil bromuro de hioscina.

En cuanto al mecanismo de acción de la hioscina, fue la acción del istmo del cuello uterino en todas las gestantes esto se vio reflejado en el avance del índice de Bishop modificado y se controló la dinámica uterina, no observando hipotonía uterina, cuando el músculo miometrio se relaja. Contrastando con Luís Paredes, Francisco Miranda; Bernuy Luís y et al.,¹⁸ donde manifiestan que la administración de la hioscina en el periodo del parto actúa cómo analgesia en el parto y acorta el periodo de dilatación. Así mismo son congruentes con la investigación de Samuels LA, Christie L, Gittens B, y et al.,¹⁹ donde hubo disminución del tiempo de trabajo de parto en 31% debido al mecanismo de acción de la hioscina en el cuello del útero.

Al respecto del puntaje promedio del índice de Bishop modificado en la fase activa del trabajo de parto; antes de la aplicación del estímulo el grupo experimental obtuvo 6,22 y después del estímulo 11,44 incrementando 5,22 puntos y en el grupo control antes del estímulo 5,38 y después del estímulo 5,47 incrementando sólo 0,09 puntos; ambos son el resultados el avance del índice de Bishop, reflejando en la disminución del tiempo de trabajo de parto en la fase activa en el grupo experimental; las horas de duración fueron en el grupo experimental de 1 hasta 3 horas 30% , 4 a 6 horas 19%, más de 6 horas 1% mientras que en el grupo control se evidenció 1 hasta 3 horas 1%, 4 a 6 horas 22%, más de 6 horas 27%; encontrando diferencias significativas entre ambos grupos hallado mediante la prueba estadística de Shapiro Wilk; al respecto De Nobrega Correa, Helen y et al., no encontró diferencias, la cual difiere de nuestra investigación. Así mismo Aggarwal P y Zutshi, Batra, manifiesta que la duración del parto fue de 2-4 horas en la mayoría de los pacientes en el grupo I luego de la administración de bromuro de hioscina, mientras que para la mayoría de las mujeres del grupo II el parto duró entre 8-10 horas.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente estudio fueron las siguientes:

1. En las variables de caracterización de los grupos en estudio se observó lo siguiente:
 - a. El grupo experimental la mayoría (30%) perteneció al grupo de edad de 10 a 19 años; la totalidad de gestantes proceden del área urbana (50%) y un 30% son convivientes.
 - b. En el grupo control el 23% fueron de 20 a 29 años, la totalidad proceden del área urbana (50%) y predominio de estado civil conviviente (37%).
2. Respecto al mecanismo de acción de la hioscina en el grupo experimental se conoció que actúa sobre el istmo del cuello uterino, observado en el avance de 5,22 en la puntuación del índice de Bishop modificado, mientras que el grupo control sólo avanzó 0,09 puntos.
3. En cuanto al puntaje promedio del índice de Bishop modificado antes de la aplicación del estímulo en las gestantes primigestas del grupo experimental fue 6,22 y en el grupo control fue 5,38.
4. En cuanto al puntaje promedio del índice de Bishop modificado después de la aplicación del estímulo en las gestantes primigestas del grupo experimental fue 11,44 y en el grupo control fue 5,47.

5. Concerniente al número de horas de duración de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primigestas siguiendo el índice de Bishop modificado fue:
- a. Grupo experimental hasta 3 horas 30%, 4 a 6 horas 19% y más de 6 horas 1%.
 - b. Grupo control hasta 3 horas 1%, 4 a 6 horas 22% y más de 6 horas 27%.
6. Comparando los resultados entre el grupo experimental y grupo control en la duración del trabajo de parto fase activa según índice de Bishop modificado antes y después se encontraron diferencias significativas entre ambos grupo.

Aplicando la prueba de R de Wilcoxon determinamos la efectividad de la administración de hioscina en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas y evidenciamos el valor de W igual a -5,038 mayor que el 1,2 tabular y un valor $p= 0,000.$, menor que $p=0,05.$, aceptando la hipótesis de investigación que: La administración de hioscina tiene un efecto significativo en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en gestante primigestas usuarias del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis. enero-junio año 2017.

SUGERENCIAS

Determinado el efecto de la efectividad de la administración de hioscina en la disminución del tiempo de duración del trabajo de parto fase activa se realiza las siguientes recomendaciones a los profesionales asistenciales Gineco-Obstetras y Obstetras del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari:

1. Se sugiere administrar hioscina en gestantes primigestas entre las edades de 18 a 35 años por ser óptimas en el proceso del parto.
2. Se sugiere un control estricto del avance de la fase activa a través del cuello uterino con la puntuación de Bishop.
3. Realizar el puntaje promedio del índice de Bishop en las gestantes primigestas antes y después de la fase activa del parto y anotar en la historia clínica.
4. Anotar en la historia clínica la indicación médica y los avances en cuanto al número de horas de la fase activa del trabajo de parto cuando se administra la hioscina.
5. Debido a su efecto de disminuir el tiempo de duración de la fase activa del trabajo de parto se recomienda administrar la hioscina gestantes primigestas.
6. Sugerir a los profesionales asistenciales Gineco-Obstetras y Obstetras del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari implementar y protocolizar la administración de la hioscina en la fase activa del trabajo de parto.

Recomendaciones a los profesionales de la Comunidad Científica:

Realizar estudios de investigaciones meta análisis sobre el uso de la hioscina en gestantes primigestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Anke R, Oswell K y Taryn J. Antiespasmódicos en el trabajo de parto. Rev. Cochrane Base de Datos de Revisiones Sistemáticas 2012; Pubmed.
- 2 De Nobrega H, Guerra M y Reyna E. Efectos del Butil bromuro de hioscina u oxitocina intravenosos en la duración del parto de embarazos a término. Venezuela. 2015; 2(10): 7.
- 3 De Nobrega H, Correa C, Guerra M y et al. Efectos del butil bromuro de hioscina en la duración del parto de embarazos a término. Venezuela. 2015; pp. 12-18.
- 4 Aggarwal P, Zutshi V y Batra S. Papel de bromuro de hioscina N-butilo (HBB, buscopan) como analgésico de trabajo. India. 2015; 62 (5): 179-84.
- 5 Samuels L, Christie L, Gittens R y et al. El efecto de butilbromuro de hioscina en la primera etapa del parto en embarazos a término. USA. 2014; 114 (12): 1542-6.
- 6 Paredes L, Miranda F, Bernuy L y et al. Efecto de la analgesia de parto en la gestante y el recién nacido. Rev. Ginecología y Obstetricia. Perú. 2011; 47 (3): 226-231.
- 7 Arias S y Montes C. Bivicaina al 0,25% peridural, en la analgesia del parto; efectos hemodinámicos en la madre y el feto. Rev. Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marco. ISSN. 2015; 1025 – 5583: 235-242
- 8 Campagnoli M. El parto filosófico y las genealogías femeninas. Rev. Scielo Argentina. v.13 n.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./jul. 2007
- 9 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ava ed. España: Ásale; az2014; 1000.

-
- 10 Rosenberg K. Enfoque antropológico sobre el parto en la evolución de la mujer. USA. 2009; pp.82.
 - 11 Pardo de Vélez G y Cedeño M. Investigación en Salud: Mc Graw Gill. Interamericana. Colombia. 2016; pp.108.
 - 12 Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la investigación. Mc Gill. Interamericana. Colombia. 1997; pp. 284.
 - 13 Supo J. Seminarios de investigación científica. Perú, Arequipa. 2014; pp.2.
 - 14 Pardo de Vélez G y Cedeño M. *Op Cit.*, pp.108.
 - 15 Supo J. *Op Cit.*, pp.3.
 - 16 Folgeiras P. Métodos y técnicas de recogida y análisis de información cualitativa. Argentina. 2009; pp.4 - 40.
 - 17 De Nobrega H, Guerra M y Reyna E. *Op Cit.*, pp.14.
 - 18 Paredes L, Miranda F, Bernuy L y et al. Efecto de la analgesia de parto en la gestante y el recién nacido. Rev. Peruana Ginecología y Obstetricia. Vol.47 (4). 2001; pp.8.
 - 19 Samuels L, Christie L, Gittens B y et al. El efecto de la hioscina butilbromuro en la primera etapa del parto en embarazos a término. Rev. Americana de Gineco Obstetricia. 114(12):1542-6.2007.