INDUCCION ELECTIVA AL TRABAJO DE PARTO CON DESAMINO OCITOCINA VIA GINGIVO LABIAL CON O SIN AMNIOTOMIA INICIAL

Dr. Julio C. Payán de la Roche*

Dr. César Tenorio Caicedo*

Dr. L. O. Vergara**

Desde mediados del Siglo XVI se tienen noticias de inducciones electivas al trabajo de parto, los métodos son variables y los resultados las más de las veces contradictorios; en una publicación anterior hecha por los autores (1) preconizábamos la amniotomía seguida inmediatamente de la infusión intravenosa de ocitocina sintética, varios de los datos allí consignados y los de otros autores nos servirán de referencia para el presente ensayo. En los últimos años han tomado auge algunas drogas empleadas para la inducción al trabajo de parto tales como Sulfato de espartefina, prostaglandinas y la desamino-ocitocina droga a la cual se refiere el presente informe (4, 5, 14).

La desamino-ocitocina (ácido 1-mercaptopropiónico ocitocínico) es un polipéptido análogo a la ocitocina sintetizado por Du Vigneaud (2) y producido sintéticamente desde 1966 como ODA 914 por Laboratorios Sandoz de Basilea; sobre el útero de gata su acción es dos veces más intensa que la ocitocina (3) siendo más débil su efecto vasopresor. En el presente trabajo empleamos la vía de absorción gingivo-labial en tabletas de 50 U. teniendo en cuenta que: un mg. de desamino-ocitocina es igual a 70 U.I. y a

1.000 U.H.; el tiempo de latencia depende de la absorción por la mucosa bucal y no del tiempo de disolución del comprimido; este tiempo de latencia es de unos 35 minutos aproximadamente (3). Teniendo en cuenta varios principios para la administración de la D.A.O. como son: 1) no pueden suministrarse dosis de D.A.O. equivalente a la dosis de ocitocina; 2) es inútil utilizar la droga con el esquema posológico progresivo que se emplea con la ocitocina ya que da mejores resultados con una posología constante y 3) el intervalo mínimo entre dosis debe ser de 30 minutos cuando se administran dosis simples iniciamos el uso de la droga en pacientes con embarazo a término.

Material y Métodos

Tomamos 100 pacientes que llenaban las siguientes características: 1) embarazo a término; 2) presentación cefálica; 3) pelvis clínicamente normal; 4) ninguna contraindicación para el trabajo de parto espontáneo; es

* Profesores Depto. Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad del Cauca.

** Profesor Depto. de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad del Cauca.

muy importante recalcar que entendemos por inducción electiva aquella que se hace en una paciente que llena los requisitos anteriores sin tener en cuenta el estado del cuello, índice de Bishop (6), Cuadro N° 5, en otras comunicaciones autores diversos toman como inducción aquella que se hace cuando el parto es inminente y concomita con un índice de Bishop alto. El método de inducción fue el siguiente: a un grupo de primíparas y multiparas se practicó amniotomía seguida inmediatamente de D.A. O. gingivo-labial, a otro grupo de características semejantes al primero se inició la administración gingivo-labial de la droga y horas después se practicó amniotomía, en los Cuadros 6, 7, 8 y 9 se encuentran desglosados los datos de las pacientes correlacionándolas con el índice de Bishop y dosificaciones; posteriormente comentaremos los resultados. La droga

se administró en dosis variables según la respuesta de la paciente, en promedio 3 a 4 tabletas por hora previo enjuague de la boca de la paciente cada vez que se administraba (3).

Edad

Cuadro N° 1. Las edades variaron entre 16 y 39 años en el grupo de las primíparas y 16 y 43 años en el grupo de multiparas con promedio de edad de 24 años para las primíparas y 27,2 años para las multiparas, estas diferencias de edades con las encontradas en nuestro trabajo anterior (1), confirma lo ya demostrado de que pacientes de capa social más alta como es el actual estudio hecho en pacientes de clientela particular tienen su primer embarazo más tardíamente, los grupos son comparables y no alteran en ninguna forma los resultados finales.

CUADRO N° 1

NUMERO DE EMBARAZADAS, PRIMIPARAS Y MULTIPARAS A QUIENES SE INDUJO CON D.A. O. SEGUN GRUPOS DE EDAD EN AÑOS

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca

Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

Edad en años	Primíp.	Múltip.	Total
16 — 19	15	1	16
20 — 23	13	7	20
24 — 27	10	9	19
28 — 31	10	15	25
32 — 35	2	5	7
36 — 39	2	7	9
40 — 43	0	4	4
TOTAL	52	48	100

Grupo de Primíparas:

Promedio aritmético	24 años
Desviación estándar	6,435
Error estándar	0,89237

Grupo de Multiparas:

Promedio aritmético	27,2 años
Desviación estándar	6,381
Error estándar	0,6381

Paridad de las pacientes

En el Cuadro N° 2 se aprecia la paridad de las pacientes multiparas del estudio, se aprecia que la mayoría corresponde al grupo de uno a tres

CUADRO N° 2

PARIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS MULTIPARAS A QUIENES SE LES PRACTICO INDUCCION ELECTIVA CON D.A.O.

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca

Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

Paridad	Nº Ptes.	%
1	20	41,66
2	14	29,17
3	8	16,67
4	0	000
5	2	4,17
6	1	2,08
7	1	2,08
8	0	000
9	0	000
10	2	4,17
	48	100

partos y que el número de grandes múltiparas es menor pero esto no quiere decir que para nosotros la multiparidad sea una contraindicación de inducción electiva.

Peso de los niños

Los pesos de los niños aparecen consignados en el Cuadro Nº 3, no obtuvimos productos por debajo de los 2.500 grs., siempre al hacer la inducción electiva debe tenerse el cuidado necesario para no obtener productos prematuros.

CUADRO Nº 3

PESO AL NACER DE LOS NIÑOS DE MADRES DEL GRUPO PRIMIPARAS Y MULTIPARAS A QUIENES SE INDUJO CON D.A.O.

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

Peso en Gramos	Primíp.	Múltip.	Total
2.500 — 2.749	4	4	8
2.750 — 2.999	9	9	18
3.000 — 3.249	20	19	39
3.250 — 3.499	8	7	15
3.500 — 3.749	7	5	12
3.750 — 3.999	3	3	6
4.000 — 4.249	1	0	1
4.250 — 4.499	0	1	1
4.500 y más	1	0	1
TOTAL	53	48	101*

* Un embarazo gemelar.

X peso Primíparas	3.238 grs.
X peso Múltiparas	3.198 grs.
X peso Grupo Total	3.219 grs.

Practicamos inducción electiva en tres pacientes con cesáreas previas, pues defendemos el principio de que la inducción electiva únicamente tiene como contraindicación las análogas a un parto espontáneo (1, 7), la cesárea que se hizo en este grupo de estudio no corresponde a una cesárea previa, su indicación fue sufrimiento

fetal y el feto tenía tres circulares tensas del cordón.

Resultados y Comentados

Como hay varios parámetros a comparar creemos que la presentación se hace más funcional si agrupamos los resultados y los comentarios.

Duración del trabajo de parto

En el Cuadro Nº 4 se discrimina la duración del trabajo de parto en el grupo total de primíparas y múltiparas, en las primeras el trabajo de parto duró en promedio 7 horas 13 minutos, en las múltiparas fue de 5 ho-

CUADRO Nº 4

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBAZADAS PRIMIPARAS Y MULTIPARAS A QUIENES SE INDUJO CON D.A.O.

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

Duración del trabajo de parto	Primíp.	Múltip.	Total
1 + 30 - 3 + 29	4	5	9
3 + 30 - 5 + 29	12	26	38
5 + 30 - 7 + 29	15	13	28
7 + 30 - 9 + 29	11	4	15
9 + 30 - 11 + 29	5	0	5
1 + 30 - 13 + 29	4	0	4
3 + 30 - 15 + 29	0	0	0
5 + 30 - 17 + 29	0	0	0
7 + 30 - 19 + 29	1	0	1
TOTAL	52	48	100

Grupo de Primíparas:

Promedio aritmético	7 h + 13'
Desviación Standard	2,96 (2 h 57')
Error Standard	0,4104

Grupo de Múltiparas:

Promedio aritmético	5 h + 10'
Desviación Standard	1,23 (1 h 13')
Error Standard	0,1775

Grupo Total:

Promedio aritmético	6 h + 13'
Desviación Standard	2,60 (2 h 36')
Error Standard	0,26

ras 10 minutos en promedio, un poco menor al informado por otros autores (8) pero mayor a nuestros resultados previos con infusión de ocitocina sintética I.V. (1); 6 horas 30 minutos en primíparas y 4 horas 30 minutos en múltiparas, en el grupo total la diferencia se hace estadísticamente significativa, pero comparado con el grupo control del trabajo nombrado (parto espontáneo, 9 horas 58 minutos) se aprecia un acortamiento significativo lo que nos hace llegar a la conclusión de que la droga bien utilizada tiene igual efectividad a la ocitocina sintética según los resultados clínicos obtenidos; debemos hacer hincapié en el hecho de que en este grupo total se incluyan pacientes a quienes primero se inició la administración de la droga y posteriormente se practicó amniotomía lo cual como vamos a ver, aumenta el tiempo de inducción, para demostrar esto correlacionamos en cuanto a tiempo de inducción se refiere los Cuadros 6, 7, 8 y 9 en el Cuadro 6 que corresponden a pacientes primíparas a quienes

se practicó inducción electiva con D. A.O. y amniotomía inicial el promedio de duración del trabajo de parto fue de 6 horas 20 minutos muy semejante al de 6 horas 30 minutos presentado por nosotras en el estudio anterior (1) siguiendo las mismas pautas pero con ocitocina sintética en infusión I.V., esto demuestra una vez más la eficacia del compuesto empleado. En el Cuadro N° 7 correspondiente al grupo de múltiparas a quienes se practicó inducción electiva con D.A.O. concomitando con amniotomía se observa igual fenómeno, el promedio de duración es de 4 horas 32 minutos casi igual al de 4 horas 30 minutos informado por nosotros con el uso de ocitocina sintética (1), y menos al informado por Petterson (8); estos tiempos promedios se aumentan en el grupo de primíparas y múltiparas a quienes primero se inició la administración de pastillas y posteriormente se les practicó amniotomía, en los Cuadros 8 y 9 vemos como el promedio de duración de la inducción fue de 8 horas 48 minutos

CUADRO N° 5

INDICE DE BISHOP ENCONTRADO EN LAS EMBARAZADAS PRIMIPARAS Y MULTIPARAS A QUIENES SE INDUJO CON D.A.O.

Hospital Universitario San José — Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología — 1973

Indice	Primíparas		Múltiparas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	2	3,85	4	8,33	6	
3	1	1,92	2	4,17	3	
4	6	11,54	8	16,66	14	
5	10	19,23	9	18,75	19	
6	11	21,15	11	22,92	22	
7	15	28,85	8	16,66	23	
8	2	3,85	5	10,43	7	
9	5	9,61	1	2,08	6	
TOTAL	52	100 %	48	100 %	100	100
Promedio Primíparas		6,02				
Promedio Múltiparas		5,45				
Promedio Total		5,75				

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE EMBARAZADAS PRIMIPARAS A QUIENES SE LES PRÁCTICO INDUCCION ELECTIVA CON D.A.O. CONCOMITANTE CON AMNIOTOMIA, CORRELACION CON EL INDICE DE BISHOP Y DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

Hospital Universitario San José — Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología — 1973

Duración en Horas	Indice de Bishop							Nº Total
	2	3	4	5	6	7	8	
1 + 30 — 4 + 59	—	—	—	—	3	6	—	11
5 + 0 — 8 + 29	—	—	1	5	5	2	2	18
8 + 30 — 11 + 59	1	—	1	1	—	1	—	4
12 + 0 — 15 + 29	—	—	—	—	—	—	—	0
15 + 30 — 18 + 59	1	—	—	—	—	—	—	1
TOTAL	2	—	2	6	8	9	2	34

Promedio de duración: 6 horas + 20'.

Relación entre la duración del Trabajo de Parto e Indice de Bishop: $X^2 = 39.002 - P = 0,08$

Nº de tabletas suministradas: 736.

Nº de tabletas extremos 4 y 72.

Promedio de tabletas por persona: 21.65.

Promedio de tabletas por hora: 3.54.

CUADRO Nº 7

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE EMBARAZADAS MULTIPARAS A QUIENES SE LES PRÁCTICO INDUCCION ELECTIVA CON D.A.O. CONCOMITANTE CON AMNIOTOMIA, CORRELACION CON EL INDICE DE BISHOP Y DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

Hospital Universitario San José — Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología — 1973

Duración en Horas	Indice de Bishop							Nº Total
	2	3	4	5	6	7	8	
2 + 30 — 3 + 29	—	—	—	—	3	—	1	4
3 + 30 — 4 + 29	1	—	4	2	3	1	1	12
4 + 30 — 5 + 29	—	1	1	2	1	5	1	12
5 + 30 — 6 + 29	1	—	—	2	3	1	—	7
6 + 30 — 7 + 29	1	—	—	2	—	—	—	3
TOTAL	3	1	5	8	10	7	3	38

Promedio de duración: 4 horas + 32'.

Relación del trabajo de parto e Indice de Bishop: $X^2 = 32.877 - P = 0,24$

Nº de tabletas suministradas: 591.

Nº de tabletas extremos 4 y 35.

Promedio de tabletas por persona: 15.55.

Promedio de tabletas por hora: 3.36.

para las primíparas y 6 horas 25 minutos para las múltiparas tiempos mucho mayores a los apreciados en los Cuadros 6 y 7, el tiempo transcurrido entre la iniciación de la admi-

nistración de la droga y la amniotomía es el que aparece como tiempo de latencia, 2 horas 15 minutos para primíparas y 2 horas 18 minutos para las múltiparas que es aproximada-

mente la diferencia en duración del trabajo de parto entre pacientes con amniotomía inicial y sin amniotomía inicial; personalmente observamos además, que durante este período de "latencia" la dinámica uterina fue extremadamente pobre; creemos entonces que la amniotomía es definitiva para el éxito de una inducción y que el método ideal para inducción electi-

CUADRO N° 8

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE EMBARAZADAS PRIMIPARAS A QUIENES SE LES PRACTICO INDUCCION ELECTIVA CON D.A.O. CON AMNIOTOMIA POSTERIOR, CORRELACION CON EL INDICE DE BISHOP Y DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

Hospital Universitario San José — Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología — 1973

Duración en Horas	Indice de Bishop					Nº Total
	3	4	5	6	7	
6 + 0 — 7 + 25	—	—	1	—	5	6
7 + 22 — 8 + 43	—	—	1	1	1	3
8 + 44 — 9 + 05	—	3	1	1	—	5
10 + 06 — 11 + 17	—	1	—	1	—	2
11 + 28 — 12 + 49	1	—	—	—	—	1
12 + 50 — 13 + 11	—	—	1	—	—	1
TOTAL	1	4	4	3	6	18

Promedio de duración: 8 horas + 48'.

Nº de tabletas suministradas: 505.

Promedio de tabletas suministradas por persona: 28,06.

Nº de tabletas extremos: 11 y 71.

X de tabletas suministradas por hora: 3,20.

X Período de latencia: 2 horas + 15'.

CUADRO N° 9

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE EMBARAZADAS MULTIPARAS A QUIENES SE LES PRACTICO INDUCCION ELECTIVA CON D.A.O. CON AMNIOTOMIA POSTERIOR, CORRELACION CON EL INDICE DE BISHOP Y DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

Hospital Universitario San José — Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología — 1973

Duración en Horas	Indice de Bishop							Nº Total
	2	3	4	5	6	7	8	
4 horas	1	—	—	—	—	—	—	1
5 horas	—	—	—	—	—	1	—	1
6 horas	—	—	—	—	1	—	1	2
7 horas	—	—	1	1	—	—	—	2
8 horas	—	—	2	—	—	—	—	2
TOTAL	1	0	3	1	1	1	1	8

Promedio de duración: 6 horas + 25'.

Tiempo de latencia: 2 horas + 13'.

Nº total de tabletas suministradas: 161.

Promedio de tabletas suministradas por persona: 20,12.

Nº de tabletas extremos: 4 y 32.

X tabletas suministradas por hora: 3,12.

va es el de amniotomía seguida inmediatamente de administración de ocitocina sintética (1, 8, 9, 10) o de D. A.O. gingivo-labial, el método de inducción con amniotomía únicamente falla entre el 20 al 30% de los casos (8) y es mayor el porcentaje de falla en la inducción si únicamente se estimula el útero pero no se efectúa amniotomía mientras que con el método combinado empleado por nosotros el éxito es del 100%.

Estos resultados son valederos en nuestros casos pues fueron tomados al azar y el índice de Bishop no incide en ellos como lo demostraremos más adelante.

Índice de Bishop

El Cuadro Nº 5 da una idea panorámica del promedio de índice de Bishop de nuestras pacientes; se puede apreciar que en ningún momento tuvimos en cuenta éste para iniciar o no una inducción; como dato importante vemos en los Cuadros 6 y 7 que la relación entre la duración del trabajo de parto y el índice de Bishop (P) es de: $P = 0,08$ y $P = 0,24$ (significancia $P = 0,05$ o menos) con esto se demuestra estadísticamente que no hay una relación directa ni siquiera entre el índice de Bishop y el tiempo que va a durar una inducción y mucho menos puede ser un factor determinante para iniciar o no una inducción correctamente efectuada (1, 8, 9, 10), y que para tener un índice realmente cuenta otros factores que el índice de Bishop no considera tales como: variedad de presentación, actitud de la paciente, irritabilidad uterina, relación céfalopélvica, y aún multiparidad aunque este último parámetro pueda ser altamente cuestionable (14), por lo anterior creemos que puede ser de mayor utilidad pronóstica el índice de

Fields (11), que sí tiene en cuenta estos parámetros.

Número de tabletas promedio empleadas y dosificación

En los Cuadros 10-A y 11 se pueden apreciar las diferentes variaciones de las dosis, el promedio es de 3 a 4 tabletas por hora en el surco gingivo labial con enjuague de la boca previo a cada dosis, la acción de la D.A.O. ya ha sido comprobada clínica y experimentalmente (3, 12, 13) creemos que correctamente usada es de utilidad, en estas dosis, para la inducción electiva, para estimulaciones las dosis son mucho menores, en ocasiones basta con una tableta como dosis única. Su vía de administración es más cómoda y confortable para la paciente y requiere menos cuidados de enfermería que la infusión I.V. de otros compuestos, en el trabajo actual no encontramos efectos colaterales indeseables ni hubo complicacio-

CUADRO Nº 10

NUMERO DE TABLETAS TOTALES SUMINISTRADAS A PACIENTES, PRIMIPARAS Y MULTIPARAS A QUIENES SE INDUJO CON D.A.O.

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca

Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

Nº Tablet	Primíp.	Múltip.	Total
4 — 12	14	18	32
13 — 21	15	19	34
22 — 30	12	7	19
31 — 39	3	4	7
40 — 48	4	0	4
49 — 57	1	0	1
58 — 66	1	0	1
67 — 75	2	0	2
— — —	—	—	—
TOTAL	52	48	100

X de tabletas suministradas:

Primíparas:	23,98	3.4 Tab./hora
Multiparas:	16,96	3.4 Tab./hora
Total:	20,56	

CUADRO N° 10-A

NUMERO DE TABLETAS TOTALES Y PROMEDIO DE TABLETAS POR HORA ADMINISTRADAS
A PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS, GRUPO TOTAL Y CON O SIN AMNIOTOMIA INICIAL

Hospital Universitario San José — Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología — 1973

Grupos	X tabletas	X tabletas por hora
Grupo total, primíparas y múltiparas	20,56	3,4
Primíparas con Amniotomía inicial y D.A.O.	21,65	3,54
Primíparas con Amniotomía inicial y con D.A.O.	28,06	3,2
Múltiparas con Amniotomía inicial y D.A.O.	15,55	3,36
Múltiparas sin Amniotomía inicial con D.A.O.	20,12	3,12

nes que lamentar gracias al estricto control ejercido sobre las pacientes (1, 11, 15) practicamos inducción en tres pacientes con cesárea previa y una con embarazo gemelar llegando al éxito en todos los casos con las dosis promedio ya enunciadas. La dosis no varió en pacientes a quienes inicialmente se les conservó las membranas pero como lo dijimos anteriormente en éstas el tiempo de infusión fue mayor y por tanto mayor la dosis total de tabletas empleadas.

Partos intervenidos

En el Cuadro N° 11 apreciamos el porcentaje de Vacuum Extractor (V. E.) en primíparas y múltiparas, 32,69% y 8,33% respectivamente con 21% para el grupo total mayor que el informado por otros autores (1, 8, 9) pero nosotros empleamos con frecuencia el V.E. profiláctico; en cuanto a cesáreas en los 100 casos practicamos una, 1% para el grupo total correspondiente a una gran múltipara con sufrimiento fetal debido a ten-sas circulares nucas, a ninguna de las pacientes con cesárea previa fue necesario practicarles nueva cesárea. En nuestro medio una cesárea previa es indicación per-se de nueva cesárea solo si las indicaciones persisten, que no era el caso de las 3 pacientes en cuestión.

CUADRO N° 11

PARTOS INTERVENIDOS EN PACIENTES
A QUIENES SE LES INDUJO CON D.A.O.

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

1° VACUUM EXTRACTOR:

Primíp.	17	32,69%	Múltip.	4	8,33%
Total:		21	21%		

2° CESAREAS:

Primíp.	0	0,00 %	Múltip.	1	2,08 %
Total:		1	1 %		

CUADRO N° 12

EVOLUCION FETAL Y APGAR DEL GRUPO
QUE SE INDUJO CON D.A.O.

Hospital Universitario San José
Universidad del Cauca
Depto. de Obstetricia y Ginecología - 1973

Muerte fetal: 0%

Apgar a los 5': 10 en el 100%

Evolución fetal y Apgar

Cuadro N° 12. No se presentó ninguna muerte fetal y el Apgar de los niños fue de 10 a los 5 minutos en el 100 por ciento, recordamos que todos los casos fueron controlados es-

trictamente por los autores y que esto indica que con alguna experiencia la inducción electiva con D.A.O. es inocua para el feto y para la madre pero que en manos no experimentadas la inducción electiva con cualquier droga puede tener serias complicaciones.

Resumen

Presentamos 100 casos de inducción electiva con desamino-ocitocina por vía gingivo labial, con tabletas de 50 U.I.; evaluamos sus resultados correlacionando índice de Bishop, duración del trabajo de parto, evolución fetal, dosis promedio. Concluimos que la droga bien empleada es tan efectiva como la ocitocina sintética y tiene en cuanto a inducción las mismas indicaciones e igual efectividad.

Hacemos énfasis en que para lograr un éxito del 100% se hace necesaria la concomitancia de amniotomía y el uso inmediato de la droga; hacemos algunas consideraciones en cuanto al valor relativo del índice de Bishop y comentamos la mejor posibilidad pronóstica del índice de Fields.

AGRADECIMIENTO:

Agradecemos a Laboratorios Sandoz de Colombia y a su consejero médico la ayuda prestada al facilitarnos la droga empleada (Sandopart) en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 PAYAN, TENORIO, VERGARA, CAICEDO, FERNANDEZ: Inducción electiva al Trabajo de Parto. Tribuna Médica. 45: 413, Abril 1973.
- 2 DU VIGNEAUD y col. Synthesis of Desaminodesoxytocin, a Biologically active analogue of oxytocin. J. Biol. Chem. 237: 3146, 1962.
- 3 A. FANCHAPS B. GEUDELIN. Servicio de Investigaciones médicas. Basilea 7 Enero 1970.
- 4 W. N. SEPELLAEY y col. The induction of Labor at Term Obst. and Gyn. 41: 14, 1973.
- 5 DE VOE and col. Effect of sparteine sulfate on uterine contractility. Am. J. of Obst. 105: 304, 1969.
- 6 BISHOP, Obs. and Gynec. 24: 266, 1964.
- 7 GIBILS ZUAPAN Farmacología del útero. Cl. Obst. y Gin. de N. A. Marzo 68 Inter-Am. de México.
- 8 W. N. PATTERSON, Amniotomy, with or without simultaneous oxytocin infusion. The P. of Obst. and Gynec. of the Brit. Culth. 78: 310, 1971.
- 9 AGUERO. Indices pronósticos de la inducción del parto. Rev. Col. de Obst. y Gin. XIX: 21, 1968.
- 10 BRADFORD and GORDON. Induction of Labor by amniotomy and simultaneous. Syntocinon infusion J. of Obst. and Gynec. of the Brit Culth 75: 698, 1968.
- 11 FIELDS, H. Am. J. of Obst. Gynec. 95: 426, 1966.
- 12 MARIO LUIS MENDEZ. Desamino ocitocina en Clínica Obstétrica. Coimbra Med. 16: 439, 1969.
- 13 MASSI G. B. y col. Effeti della Desaminossitocina sulla contrattilità dell'Utero umano a termine di gravidanza. Riv. Obstet. Ginec. 20: 77, 1965.
- 14 SPELLACY and col. The Induction of labor at term Obst. and Gynec. 41: 14; 1973.
- 15 AVAIS y col. Ruptura uterina producida por inducción con ocitocina en la alta multiparidad. Obst. and Gynec. 34: 465, 1970.