

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MANEJO Y TRATAMIENTO DEL INDICE DE TOCOLISIS
EN TRABAJO DE PARTO PREMATURO**

Estudio realizado en 81 pacientes que consultaron a la
emergencia de Maternidad del Hospital Roosevelt con
Trabajo de Parto Prematuro, durante el período
comprendido entre el 1 de Enero de 1989 al
31 de Diciembre de 1993, Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

JOSE ERNESTO DE LEON GALVEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 12 de octubre de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA URBANA, JOSE
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
ERNESTO DE LEON GALVEZ Carnet No. 8812721
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"MANEJO Y TRATAMIENTO DEL INDICE DE TOCOLISIS EN EL TRABAJO
DE PARTO PREMATURO".

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante



Asesor
Firma y sello personal


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 10141

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA
Médico y Cirujano
Céd. No. 2896

DL
05
T(7227)

HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sirvase
hacer referencia al

No. _____

06 de octubre de 1994

Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud
Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "MANEJO Y TRATAMIENTO DEL INDICE DE TOCOLISIS EN EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO", realizado por Br. JOSE ERNESTO DE LEON GALVEZ, fue aprobado por el Departamento de OBSTETRICIA y por el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital, el cual reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 11o. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,



Dr. Octavio Figueroa Aguilar
Presidente
Comité de Docencia e Investigación



OFA/edb

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: JOSE ERNESTO DE LEON GALVEZ.-

Carnet Universitario No. 88-12721

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"MANEJO Y TRATAMIENTO DEL INDICE DE TOCOLISIS EN EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO"

Trabajo asesorado por: DR. CARLOS MANUEL TORALLA.

y revisado por: DR. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 12 de OCTUBRE de 1994

DR. EDGAR R. DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

Edgar Axel Oliva González
DECANO



PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFENICION DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI.	METODOLOGIA.....	12
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	15
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	20
IX.	CONCLUSIONES.....	22
X.	RECOMENDACIONES.....	23
XI.	RESUMEN.....	24
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	25
XIII.	ANEXOS.....	26

I. INTRODUCCION.

La necesidad de que un embarazo llegue a su término es de vital importancia para el mejor desarrollo futuro del nuevo ser. Es por eso que se debe evitar a toda costa que un embarazo termine antes del tiempo normal requerido. El Índice de tocólisis nos ayuda de gran manera a poder tener una idea más amplia y concisa del estado de la madre que presenta trabajo de parto prematuro obstetricamente hablando. Además de esto, con su buena interpretación nos permite tener un mejor manejo de la paciente, así como de poderle dar el mejor tratamiento posible.

El siguiente trabajo consiste en un estudio descriptivo observacional del manejo y tratamiento del índice de tocólisis en el trabajo de parto prematuro. Para ello se hizo un revisión de las fichas clínicas de las pacientes que habían ingresado a la emergencia del departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt con trabajo de parto prematuro, durante los años de 1989 a 1993, y se sacó una muestra representativa.

En dichas papeletas se investigó la utilización del índice de tocólisis, así como la interpretación que se le dió. Además se investigó el manejo que se le dio a dichas pacientes en base a los protocolos existentes en el departamento, así como su tratamiento.

Además de dicha revisión, se investigó sobre los conocimientos de los actuales médicos residentes del departamento, sobre el protocolo de amenaza de Parto Prematuro existente en el mismo.

Los datos obtenidos en este trabajo, nos muestra resultados importantes para el Departamento de Maternidad, y espero que sirva en cierta forma a la mejor atención de la paciente embarazada con trabajo de parto prematuro.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA:

El trabajo de parto prematuro es un problema bastante frecuente en el embarazo. Las estadísticas indican que en el Hospital Roosevelt se da alrededor del 11%. Esto es desencadenado por diferentes factores, entre los que podemos mencionar demográficos, conductuales, cuidados de la salud, maternos, gestionales e idiopáticos. El trabajo de parto prematuro se incluye dentro del llamado embarazo de alto riesgo, pues la supervivencia del feto se ve sumamente comprometida. Esto representa un gran problema para el obstetra quien debe tratar en la mayoría de los casos la forma de como poder detener este problema desencadenado y lograr así, una edad gestional lo más cercana posible al término del embarazo.

Ya está descrito y demostrado la ayuda que nos porciona el índice de tocólisis en estas pacientes; sin embargo, creemos necesario hacer una evaluación del manejo de tal índice y del tratamiento que se está llevando a cabo dependiendo de su interpretación. Esto con el objetivo de determinar si se está haciendo un uso adecuado de tal método en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

III. JUSTIFICACION:

El trabajo de parto prematuro es un problema frecuente en las embarazadas que consultan la emergencia de la maternidad. Este problema es sumamente delicado pues entra en juego la vida de un nuevo ser humano, que de no resolverse el problema, se verá amenazado prematuramente por un ambiente hostil como representa todo el medio que nos rodea. Es por ello que debe de dársele un manejo adecuado y sumamente delicado para tratar de llevar el embarazo a un feliz término. Dentro del manejo se debe incluir un control del índice de tocólisis para poder evaluar específicamente las características del trabajo de parto prematuro que tiene la ciente. Este control deberá hacerse a toda paciente que consulte por dicho problema, y en algunos casos deberá de repetirse periódicamente para ver la evolución del tratamiento instituido.

Dependiendo del uso adecuado de esta evolución de podrá decir si es posible la resolución o no del problema, y que posibilidad tendrá de que se resuelva favorablemente. Sin embargo deberá de dársele un manejo adecuado y específico dependiendo de la interpretación del índice. Es por ello la importancia de que este control sea en forma correcta. Pues de ello dependerá el tratamiento correspondiente.

Basados en esto dicho anteriormente, se pretende hacer una revisión de los casos de partos prematuros que han habido en la maternidad del Hospital Roosevelt, para determinar la forma en que han medido el índice de tocólisis y poder determinar el manejo que se les dió. Con esta revisión se podrá observar si se están llevando en forma adecuada los protocolos instituidos.

IV. OBJETIVOS:

GENERALES

1. Determinar como se lleva a cabo el manejo del índice de tocólisis en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

ESPECIFICOS

1. Determinar el porcentaje de pacientes con trabajo de parto prematuro en quienes fue evaluado el índice de tocólisis.
2. Determinar el manejo adecuado que se les dió a la interpretación del índice de tocólisis, basados en los protocolos existentes en el Departamento de Maternidad.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA:

PARTO PREMATURO:

Se llama trabajo de parto al proceso de las contracciones uterinas coordinadas que culminan en el borramiento y dilatación cervicales progresivas con expulsión subsecuente del feto y la placenta. Se define al trabajo de parto prematuro como al que sobreviene antes de 37 semanas de gestación. Debe haber contracciones uterinas dolorosas regulares que ocurran por lo menos dos veces cada 10 minutos y durante un mínimo de 30 minutos. Es indispensable que se demuestren borramiento o dilatación cervicales y membranas intactas. Los fenómenos de trabajo de parto prematuro con membranas rotas se clasifican como casos de rotura prematura de membranas.(1)

Desde siempre se ha utilizado el término prematuro para designar al feto o al niño antes de la semana 37 de edad gestacional. En algunas situaciones puede proporcionar una mayor información el uso del término "prematuro" para descubrir no una edad gestacional corta sino la capacidad funcional disminuida. Los problemas asociados con el parto prematuro se relacionan no sólo con la supervivencia de los niños sino con la adopción de las medidas necesarias para evitar daños físicos, intelectuales o emocionales como consecuencia del ambiente hostil anteparto, intraparto o neonatal. Es por todo esto, que un parto prematuro es considerado de alto riesgo, pues se alteran las posibilidades de lograr los objetivos anteriormente descritos.(4)(7)

Frecuencia y Morbilidad:

El bajo peso al nacer (< 2500 g) presenta en América Latina una incidencia de alrededor del 9% del total de los nacimientos institucionales y está presente en más del 75% de los niños que mueren en el período neonatal. De estos neonatos de bajo peso, entre el 40 y 70% son pretermino y con un peso adecuado para su edad gestacional. La otra parte de los nacidos con bajo peso (30 a 60%) corresponde a los ratardos del crecimiento intrauterino o desnutridos fetales. Los nacidos de bajo peso constituyen en la actualidad, un serio problema de salud pública por estar asociado a la **mayoría de las muertes que ocurren en los primeros 28 días del nacimiento.**(6)(13)

En cuanto a la frecuencia de partos prematuros la cifra varía dependiendo del lugar donde se tome, así por ejemplo: en los Estados Unidos es del 7%; en Guatemala en el Hospital Roosevelt es de 11%; en Venezuela en el Hospital Dr. José Gregorio Hernández es del 9%.(13)(14)(15)

Los nacidos de bajo peso tienen con frecuencia, graves problemas para la adaptación de la vida extrauterina. La depresión al nacer es de 11 veces mayor que el de peso normal. Se calcula que entre un 10 y un 20% de los nacimientos pretérmino presentan en las primeras horas de vida un cuadro de dificultad respiratoria, llamado enfermedad de membrana hialina y el cual es ocasionado por su inmadurez pulmonar. La hipoxia que provoca esta enfermedad es responsable del 20 al 30% de las muertes de la primera semana de vida. También pueden padecer otros trastornos como mayor propensión a infecciones, hemorragias cerebrales peri e interventriculares (30%).

Estos problemas además de ser responsables de la alta tasa de mortalidad, son responsables también de trastornos en el desarrollo neurológico de los sobrevivientes. Estas alteraciones son principalmente, parálisis cerebral, convulsiones, sordera, trastornos en el aprendizaje escolar, trastornos en la conducta, etc.(2)(4)(6)(13)

Según la O.M.S. en el año de 1979 nacieron dos millones de niños con bajo peso en el mundo; en 1982 nacieron veinte millones 16%, y más del 90% de estos ocurrieron en los países subdesarrollados. En la actualidad en América Latina, se presenta el bajo peso al nacer en un 9% del total de nacimientos y está presente en más del 75% de los niños que mueren en el período neonatal.(13)

Por todas estas causas descritas anteriormente es que debe hacerse todo lo posible por prevenir o inhibir el parto prematuro; y si en último caso se pudiera detener éste, se debe de tratar de que prosiga conduciéndolo con el menor tratamiento posible, tanto para la madre como para el niño.(5)

Factores Asociados con la Prematurez:(8)(9)(14)

1. Riesgos Demográficos:

- Edad materna mayor de 17 y menor de 35 años.
- Raza diferente a la blanca.
- Bajo nivel socioeconómico y estatus educacional bajo.
- Estado civil (solteras).

2. Riesgos de la conducta:

- Tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.
- Nutrición inadecuada antes y durante el embarazo
- Excesiva actividad física.
- Ausente o inadecuado cuidado prenatal.

3. Riesgos Maternos:

- Antecedentes de partos prematuros o pérdidas antes del segundo trimestre.
- Anomalías uterinas.
- Incompetencias cervicales.
- Enfermedades agudas y crónicas.
- Infecciones del tracto urinario.
- Anemia.

4. Riesgos comunes del embarazo:

- Distensión uterina (embarazo múltiple o polihidramnios).
- Anomalías congénitas fetales.
- Sangrado después de las 12 semanas.
- Excesiva actividad uterina.

Diagnóstico:

Para poder realizar un diagnóstico adecuado de la amenaza de parto prematuro, se toman en cuenta tres condiciones: la edad del embarazo, las características de las contracciones, y el estado del cuello uterino. Cuando estos signos y síntomas no son del todo evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de factores que elevan el riesgo de prematuridad (partos previos de pretérmino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc.).(6)

La diferenciación precoz entre parto verdadero y amenaza de parto generalmente resulta problemático antes de que el útero se haya contraído lo suficiente como para producir borrarriamiento y dilatación palpables del cuello. Desgraciadamente, llegado a este punto, los intentos para detener el parto pueden resultar ineficaces. El tratamiento eficaz con los agentes adecuados parece requerir una ejecución temprana.(7)

La edad del embarazo debe de correlacionarse con los signos clínicos y paraclínicos que confirmen la edad gestacional. Cuando hay duda sobre la fecha de la última menstruación ó ésta se desconoce, el tamaño o la madurez fetal son los signos de mayor importancia. La medida de la altura uterina, del diámetro biparietal por ultrasonografía de los parámetros del líquido amniótico en el caso de realizarse una amniocentésis, son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo.(6)(9)

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosa o causar molestias a las embarazadas y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia deberá de exceder de los valores normales para la edad de embarazo. Se considera que una contracción uterina puede ser factor desencadenante del

trabajo de parto cuando se presentan al menos 1 cada 10 minutos y duran 30 segundos ó más.

Con respecto al cuello uterino, se deben apreciar las modificaciones con relación al último examen vaginal realizado. Son cinco parámetros que se deben de tomar muy en cuenta la dilatación, el borramiento, la posición del cuello uterino el apoyo de la presentación sobre el cuello y el estado de las membranas ovulares. Los cambios cervicales debe de tomarse muy en cuenta y de medirse con mucho cuidado, dado la subjetividad de los métodos que los valoran. Debe de tratarse que la persona que realiza el primer examen, sea quien realice los siguientes para poder tener la mayor confiabilidad posible de los resultados obtenidos. Se consideran diagnósticos la dilatación o el borramiento cervical que son progresivos durante un intervalo de 30 a 60 minutos, y los mismo sucede con el cuello uterino que está bien borrado y dilatado (por lo menos 2 cm.) al ingreso. (6)(11)

Estos síntomas y signos dichos anteriormente constituyen la base para establecer el diagnóstico correcto de parto prematura. Cuando se presentan aisladamente resultan a veces insuficientes para definir el cuadro.

Todos los signos y síntomas dichos anteriormente constituyen un trabajo de parto prematuro en su etapa inicial. Se considera un trabajo de parto ya establecido cuando la dilatación cervical supera los 4 cm. En estas condiciones los esfuerzos que se hagan por tratar de inhibirlo resultarán infructuosos.(6)

Estudios de Laboratorio:(1)

1. Cuanta hemática completa con cuenta diferencial de leucocitos.
2. Orina obtenida mediante sonda para análisis general, cultivo y pruebas de sensibilidad.
3. Examen de ultrasonido para determinar el tamaño fetal, posición del feto y localización de la placenta.
4. Amniocentesis para el diagnóstico equivoco de madurez fetal.
5. Cuenta de electrolitos y determinación de la glucosa sérica en los casos que requieren tocólisis.
6. Investigación hematológica en los casos que se acompañan de hemorragia.

Algunos casos en los que no debe Suprimirse el Trabajo de Parto Prematuro.

Existen varias alteraciones o casos en los cuales no es adecuado ya sea para la madre o para el feto que el trabajo de parto sea detenido. Estos casos los separamos en tres grupos: enfermedades y trastornos maternos, enfermedades y trastornos fetales y alteraciones en que no puede detenerse el trabajo de parto.(1)(11)

Enfermedades y Trastornos Maternos.

En este grupo tenemos la enfermedad hipertensiva grave. En este grupo podemos mencionar la exherbación aguda de hipertensión crónica, eclampsia o preclampsia grave.

Enfermedades pulmonares o cardíacas. Por ejemplo, edema pulmonar, síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto, enfermedad valvular, taquiarritmias.

Hemorragias maternas. Por ejemplo, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, coagulación intravascular diseminada.

Enfermedades y Trastornos Fetales.

En este grupo tenemos la muerte fetal, sufrimiento fetal infecciones intrauterinas (corioamnionitis), Polihidramnios.

Tratamiento que afecta adversamente al feto (por ejemplo sufrimiento fetal por intento de supresión del trabajo de parto). Eritroblastosis fetal, retraso grave del crecimiento intrauterino.(1)

Alteraciones en que No Puede Detenerse el Trabajo de Parto.

Rotura prematura de las membranas. Membranas abombadas. Dilatación cervical de más de 4 cm. y borramiento mayor del 80%. Edad gestacional imprecisa (por ejemplo, el feto está maduro).(1)(12)

INDICE DE TOCOLISIS

Por medio del índice de tocólisis nosotros podemos medir ciertos parámetros en una paciente que tiene trabajo de parto prematuro. Estos parámetros deberán ser medidos mediante examen físico. Dependiendo de las características de los parámetros se les va dando un punteo que va de 0 a 4 puntos.

	0	1	2	3	4 puntos
CONTRACCIONES	-	Irregul.	Regular	-	-
R P M O	-	-	Alta	-	Baja
HEMORRAGIA	-	Leve	Severa más 100cc	-	-
DILATACION	-	1	2	3	4

Una vez evaluada la paciente y habiéndole evaluado los parámetros anteriormente mencionados, se le da el puntaje que le corresponde de acuerdo a las características encontradas. El resultado nos va a servir para saber aproximadamente que posibilidades tenemos de poder utero inhibir a una paciente así como que posibilidad hay de que el trabajo de parto siga inalterable su curso.

Los puntos obtenidos en el índice de tocólisis nos dan la posibilidad de utero inhibición en porcentaje así:

1 pt. -----	100% de utero inhibición
2 pts. -----	91% de " "
3 pts. -----	84% de " "
4 pts. -----	37% de " "
5 pts. -----	11% de " "
6 pts. -----	7% de " "

Como podemos observar en la tabla anterior, los porcentajes hasta tres puntos, tienen un alto grado de eficacia en su tratamiento; mientras que de cuatro puntos en adelante, la posibilidad de poder lograr un utero inhibición es muy baja, y dependerá de cada caso individual y de la decisión tomada por el médico tratante.(16)

Tratamiento.

Para el tratamiento se deberá de observar a la paciente durante 30 a 60 minutos, tiempo en el cual se le deberá de realizar un exhaustivo examen físico, así como de llevarle su índice de tocólisis, y poder determinar así la asistencia adecuada. No es conveniente un período más prolongado de observación porque la eficacia del tratamiento disminuye conforme progresa el trabajo de parto. Es indispensable la supresión del trabajo de parto sólo en aproximadamente el 25% de los casos. En el 75% restantes, están contraindicados los intentos o es poco probable que tengan éxito.(1)(3)

Dependiendo de las características que se encuentran en la paciente, se le seguirá un protocolo establecido.

PROTOCOLO I: Trabajo de parto y cuello formado.

Con estas pacientes se les manejará con reposo absoluto, hidratación adecuada. Además se le tendrá un monitoreo estricto externo de frecuencia cardíaca fetal y contracciones uterinas. Además se deberá de realizar una evaluación cervical periódica para evaluar la progresión o el mantenimiento del cuello. Deberá de tratarse de realizar una amniocentesis para poder saber la maduración pulmonar fetal e investigar infecciones.

Si se inhiben las contracciones se deberá guardar reposo durante 48 a 72 horas más. Ese embarazo se clasificará de aquí en adelante como de alto riesgo.

Se tratará las infecciones si las hubiere y se les dará el seguimiento respectivo.

Si hay progresión del trabajo de parto y modificaciones en el cuello (borramiento y/o dilatación) se iniciarán el protocolo siguiente.(15)

PROTOCOLO II: Contracciones con dilatación mayor o igual a 2 o borramiento mayor o igual al 50% sin contraindicaciones para tocólisis.

A estas pacientes se les tratará con reposo absoluto, hidratación adecuada, monitorización externa. Además se empleará el uso de tocolíticos.(15)

PROTOCOLO III: Imposibilidad de inhibir o contraindicaciones para usar tocolíticos.

Uso de medidas generales como monitorización, oxígeno a la paciente. Aplicación de vitamina K y Fenobarbital. Analgesia del parto. Tratamiento de cualquier complicación obstétrica.(15)

Para la atención del parto se deberá de tratar de mantener las membranas hasta la dilatación completa. Se dará parto vaginal si la presentación es cefálica. Se realizará cesárea en presentación padrílica o por indicación obstétrica La atención del recién nacido deberá ser por neonatólogo.

VI. METODOLOGIA:

A. TIPO DE ESTUDIO:

Basados en los objetivos que se han planteado, y con el fin de poderlos corroborar, se ha decidido realizar un estudio retrospectivo descriptivo con el cual se pudo recabar información de los últimos cinco años y poder tener así, unos resultados más objetivos y con mayor exactitud, que nos den una idea más confiable del manejo y tratamiento que se les está dando a las pacientes con trabajo de parto prematuro, basados en una buena interpretación del índice de tocólisis.

B. SELECCION DEL MATERIAL DE ESTUDIO:

Se seleccionaron a todas las pacientes que tuvieron partos prematuros en los últimos cinco años en el Hospital Roosevelt.

Para ello se recurrió a los libros de nacimientos que comprenden los años de interés. Allí se seleccionaron las fichas clínicas que entran dentro del universo del estudio, basados en los criterios de inclusión. Una vez seleccionados todos los casos, se pusieron en una lista y se les dio un número correlativo a cada uno, comenzando desde el primer caso de 1989 hasta el último de 1993; luego se utilizó una tabla de números aleatorios con los cuales se sacó la muestra representativa. Los números que fueron saliendo seleccionados correspondieron a diferentes fichas clínicas, y como se dijo anteriormente, se les ha asignado un número a cada uno. Una vez se cumplió con el número estipulado para la muestra, se tuvo el grupo con el que se trabajó para realizar la investigación. Una vez obtenidos todos los números de las fichas clínicas que se utilizaron, se buscó en el archivo general del hospital en donde se prestaron las fichas para su revisión. Cada ficha que se iba revisando, se colocaban los datos útiles en la boletas de recolección de datos. Una vez vistas todas las fichas, se ordenaron y analizaron los datos obtenidos. En base a estos datos obtenidos, se decidió posteriormente pasar una encuesta a los residentes de Ginecología y Obstetricia para evaluar el conocimiento que ellos tienen sobre el protocolo de Amenaza de Parto Prematuro existente en el Departamento de Maternidad.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Debido al tamaño del universo de las pacientes que han tenido un niño prematuro en los últimos cinco años, se ha decidido tomar una muestra que sea representativa. Para ello se utilizó la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N (f) (q)}{N-1 \frac{LE^2}{4} + (p)(q)}$$

N= Universo
 n= tamaño de la muestra
 f= frecuencia en que se presenta el fenómeno
 q= complemento 1-f
 LE= límite de error

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes que hayan sido clasificadas en la emergencia como amenaza de parto prematuro.
- Que se encuentren entre 28 a 36 semanas de embarazo.
- Que el parto haya sido desde enero de 1989 hasta diciembre de 1993.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que tenga menos de 28 semanas de embarazo o más de 36.

F. VARIABLE:

DEFINICION DE VARIABLES

T.P.P. Trabajo de parto que se desencadena durante el período comprendido dentro de la 28 a la 36 semana de embarazo.

MANEJO Toda actividad que realiza el personal médico y paramédico al tratar a un paciente, basados en protocolos o esquemas de tratamientos existentes.

INDICE DE TOCOLISIS Parámetros que se miden en una paciente con trabajo de parto prematuro y que nos indican la probabilidad de poder detener o no el curso del mismo.

G. RECURSOS:

Económicos:	- Fotocopias	Q 50.00
	- Buses	Q 50.00
	- Levantado de Texto	Q 200.00
	- Impresión de Tesis	Q 500.00

TOTAL	Q 800.00
-------	----------

- Físicos:
- Hospital Roosevelt (departamento de registros médicos).
 - Archivo de departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
 - Boletas de recolección de datos.
 - Boleta de encuesta de residentes.
- Humanos:
- Personal archivo de Registros médicos del Hospital Roosevelt.
 - Personal de Biblioteca del Hospital Roosevelt.
 - Médicos Residentes del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

EVALUACION DEL INDICE DE TOCOLISIS EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DEL 1 DE ENERO DE 1989 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993

PACIENTES	No.	%
SI FUE EVALUADO	40	49.38
NO FUE EVALUADO	41	50.62
	81	100.00

Fuente: Boletas de recoleccion de datos

CUADRO No. 2

NIVEL DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE EVALUARON A PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DEL 1 DE ENERO DE 1989 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993.

Año de Residencia	Si se evaluo indice de Tocolisis		No se evaluo indice de Tocolisis		Total de fichas evaluadas	
	No.	%	No.	%	No.	%
R I	9	22.50	20	48.78	29	35.80
R II	16	40.00	14	34.15	30	37.03
R III	15	37.50	7	17.07	22	27.17
	40	100.00	41	100.00	81	100.00

Fuente: boleta de recoleccion de datos.

CUADRO No. 3

EVALUACION DEL TRATAMIENTO USADO EN LAS PACIENTES EN QUIEN SE LES EVALUO EL INDICE DE TOCOLISIS, EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DEL 1 DE ENERO DE 1989 AL 31 DE DICIEMBRE 1993.

CRITERIO	No.	%
BUEN CRITERIO	31	77.5
MAL CRITERIO	9	22.5

ÓBSERVACION: El criterio del tratamiento usado se baso en los protocolos existentes de parto prematuro del departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 4

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INGRESO DE LA PACIENTE Y EL INICIO DEL TRATAMIENTO, EN PACIENTES EN QUIEN FUE EVALUADO EL INDICE DE TOCOLISIS, EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DEL 1 DE ENERO DE 1989 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1993.

TIEMPO	No.	%
00 min - 15 min.	46	56.80
15 min. - 30 min.	18	22.20
31 min. - 01 hrs.	10	12.30
> de 1 hora	7	8.70
TOTAL	81	100.00

Fuente: Boleta de recoleccion de datos.

CUADRO No. 5

CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS RESIDENTES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL ROOSEVELT, SOBRE EL PROTOCOLO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

RESIDENTES	No.	%
CONCEN EL PROTOCOLO	4	19.5
NO CONOCEN EL PROTOCOLO	17	80.95
TOTAL	21	100

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Este estudio se realizó en 81 pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital Roosevelt en el Departamento de Obstetricia, por Amenaza de Parto Prematuro durante el 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993. El número de las pacientes fue sacado con la fórmula anteriormente descrita y representa una muestra representativa de toda la población en estudio.

En el cuadro No. 1 nos divide a las pacientes con trabajo de parto prematuro en dos grupos: el primero, a las que si se les evaluó el índice de tocólisis y que representan casi un 50% ; y el segundo grupo que corresponde a las pacientes que no se les evaluó el índice de tocólisis y que corresponde a la otra mitad del grupo. Es importante este resultado, pues las pacientes con trabajo de parto prematuro, a todas se les debiera de evaluar el índice de tocólisis. Sin embargo, llega a la mitad de las pacientes en quienes no se ha tomado en cuenta este aspecto.

En el cuadro No. 2 se muestra el nivel de estudio que lleva los residentes que evaluaron a las pacientes con trabajo de parto prematuro. En este cuadro podemos ver la diferencia que hay dentro de las que sí se evaluaron y las que no, ya que en el primer grupo se muestra que los residentes están comprendidos en el segundo y tercer año de residencia, para hacer un 77% entre ambos. Mientras que en el grupo que no se les evaluó el índice de tocólisis, el 50% aproximadamente lo representan residentes que se encuentran en el primer año. Esto nos dice que los residentes de los últimos años, se interesan de mayor forma en evaluar el índice de tocólisis que los residentes de primer año. El cuadro también nos muestra que la mayoría de pacientes con amenaza de parto prematuro son evaluadas por residentes de primero y segundo año. Siendo un poco inferior el número de pacientes evaluadas por residentes de tercer año.

En el cuadro No. 3 se nos muestra el porcentaje de pacientes que se les trató con buen criterio y con mal criterio. Estos criterios fueron sacados en base al manejo que exige el protocolo existente para amenazas de parto prematuro. En este cuadro se nos muestra que el 77% de las pacientes se les sigue correctamente en base al protocolo. Un 22% de las pacientes se les tratata de una manera diferente a lo que dice el protocolo. Es importante hacer notar que en este último grupo, el error de la mayoría consiste en el uso prematuro de tocolíticos.

En el cuadro No. 4 se muestra el tiempo que se lleva entre la evaluación del residente a la paciente y el inicio del tratamiento a la misma. En este sentido se puede observar que casi el 80% de las pacientes se les inicia el tratamiento en los primeros 30 minutos. Esto es muy

importante, pues el inicio de una terapia rápida, ayudará al mejor manejo de las amenazas de parto prematuro. La demora del otro 20% restante corresponde principalmente a la tardanza de enfermería en cumplir con las órdenes médicas.

En el cuadro No. 5 nos muestra el conocimiento que tienen los actuales residentes sobre el protocolo de amenaza de parto prematuro. En una encuesta que se les pasó a todos los residentes del Departamento de Maternidad, el 80.95% de ellos no conocían bien el protocolo. Sólo 4 de los residentes contestaron adecuadamente las preguntas sobre el protocolo para un total del 19.05%.

IX. CONCLUSIONES.

1. El Índice de Tocólisis es de vital importancia en la amenaza de parto prematuro, y se está evaluando únicamente en el 50% de todas las pacientes, que acuden al Departamento de Maternidad.
2. La mayoría de pacientes con amenaza de parto prematuro están siendo evaluadas por residentes del primer y segundo año; dejando en un porcentaje menor a los residentes con mayor experiencia, como lo son los del tercer año.
3. De las pacientes que no se les evaluó el índice de tocólisis el 48.78% fueron evaluadas por residentes del primer año; y de las pacientes que sí se les evaluó el 77% fue evaluadas por residentes de segundo y tercer año.
4. El 77.5% de las pacientes en quienes fué evaluado el índice de tocólisis están siendo tratadas con base al protocolo existente para amenaza de trabajo de parto prematuro.
5. El 80.95% de los residentes de Maternidad no conocen completamente el contenido del protocolo de amenaza de parto prematuro existente en el Departamento.
6. El manejo que se le da a las pacientes con amenaza de parto prematuro en cuanto al tiempo que tarda en iniciarse, es de buena forma, ya que el 80% se inicia en un período menor de 30 minutos.
7. La mayoría de las pacientes que son ingresadas para tratamiento de amenaza de parto prematuro, están internadas únicamente 24 horas y no 48 a 72 horas como debiera de ser la forma correcta, según el protocolo.

X. RECOMENDACIONES.

1. Evaluarle a todas las pacientes con amenaza de parto prematuro el índice de tocólisis, y anotar los puntos obtenidos de la evaluación en la papeleta correspondiente.
2. Concientizar más a los residentes de Maternidad de la importancia de la utilización del índice de tocólisis y dar un mayor énfasis en los residentes de primer año, que es el grupo en donde en mas pacientes no fué evaluado dicho índice.
3. Dar una mayor importancia al conocimiento del protocolo respectivo, ya que la mayoría de los residentes no lo conocen a fondo.
4. Tratar de que las pacientes se encuentren hospitalizadas de 48 a 72 horas, ya que 24 horas es muy poco tiempo para la correcta evaluación de las mismas.

XI RESUMEN.

Se realizó un estudio descriptivo observacional con pacientes que acudieron a la emergencia del departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt dentro de el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993 con trabajo de parto prematuro. Se calculó una muestra representativa de tal grupo, y se revisaron las fichas clínicas correspondientes. El fin principal del trabajo consistió en ver el manejo y tratamiento que se les dió a las pacientes con trabajo de parto prematuro, tomando como base la buena interpretación del índice de tocólisis y el protocolo existente en el Departamento.

Dentro de los resultados obtenidos; tenemos que a la mitad de las pacientes con trabajo de parto prematuro no se les está evaluando el índice de tocólisis. De este 50% de pacientes que no les fue evaluado el índice, el 48.78% fueron tratadas por residentes de primer año y el 51.22% por residentes de segundo y tercer año. Las pacientes en que sí se les evaluó el índice de tocólisis, el 77.5% correspondio a residentes de segundo y tercer año y el 22.50 a residentes de primer año.

De las pacientes en que sí se les evaluó el índice, el 77.5% fueron evaluadas con buen criterio; es decir, que se siguió correctamente el manejo que dicta el protocolo. En lo que se refiere al tiempo de inicio de tratamiento, el 80% de las pacientes fue tratada en los primeros 30 minutos. El resultado de la encuesta que se pasó a los médicos residente, nos refleja que el 80.95% de ellos no conocen completamente el protocolo de Amenaza de Parto Prematuro.

Por los resultados anteriores, se puede concluir que el Índice de Tocólisis no está siendo evaluado en todas las pacientes con trabajo de parto prematuro, cuando debería de serlo. Que la mayoría de pacientes no evaluadas fueron vistas por residentes de menor experiencia. Que la mayoría de pacientes en quien sí se les evaluó el Índice de Tocólisis, sí fueron evaluados con buen criterio, en base al protocolo existente. En lo se refiere al tiempo de inicio del tratamiento, la mayoría de pacientes tienen instaurado su tratamiento en los primeros 30 minutos desde su ingreso. Los resultados obtenidos con los actuales residentes, nos muestran que la mayoría no conocen completamente el protocolo de Amenaza de Parto Prematuro, y debe de recalcarse un poco más en ese sentido para el mejor manejo del paciente.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Benson. Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico, 5ta. ed. México. Manual Moderno. 1989
2. Main, Denise M. Epidemiología del parto pretérmino. Clínica Obst & Ginec. Vol 3. 1988. pp 507-517.
3. Caritis, Steve. N. et al. Tratamiento farmacológico del trabajo de parto pretérmino. Clínica Obst & Ginec. Vol. 3. 1988. pp 613-627.
4. Keser, O. Ginecología y obstetricia. Tomo 00. Ed. Salvat. España 1981.
5. Manual de Obstetricia. Niswender, Q.P. 2da. ed. Barcelona España. Salvat. 1986.
6. Schwarcx. Obstetricia. El Ateneo. 4ta. ed. reimpresión. Argentina. 1988.
7. Williams. Obstetricia. Tercera ed. 2da. reimpresión. Salvat editores. México. 1990.
8. Queenan, Jhon M.D. Atención del embarazo de alto riesgo. Editorial El Manual Moderno S.A. México D.F. 1989. pp 404-408.
9. Wilkins, Isabelle and R. K. Creasy. Parto Pretérmino. Temas actuales. Vol. 2. 1990. pp 491-502.
10. Cohen, Wayne R. Arresting Premature Labor. In Friendman's Obstetrical Decision Making. CV Mosby Co. 1982.
11. Danforth, David. Obstetrics and Gynecology. 3ra. Edición Chicago, Illinois. 1980 pp 618-622.
12. Mc Donald, Ronald R. Scientific Basic of Obstetrics and Gynecology. 2da. Edición. New York, 1980 pp 380-381.
13. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 1987.
14. Clinical Obstetrics and Gynecology. Septiembre 1988. Vol. 31 No. 3.
15. Protocolo Amenaza de Parto Prematuro. Hospital Roosevelt 1991. Dr. José Luis Chacón. Dr. Mario Efraín Nájera.
16. Juarez Lopez, Carlos Raúl. Acevedo, Mario. Eficacia del Fenesterol en el Tratamiento del Parto Prematuro. Hospital Roosevelt. 1992.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Hx. clínica _____ Edad: _____

G: _____ P: _____ AB: _____

Antecedentes de amenaza o parto prematuro: _____

Edad Gestacional: FUR _____ AU _____

Fue evaluado el Indice de Tocólisis: SI _____ NO _____

Evaluación del Indice de Tocólisis:

0 1 2 3 4

CONTRACCIONES:

R.P.M.O.:

HEMORRAGIA:

DILATACION:

Total de puntos por Indice de Tocólisis: _____

Tiempo de inicio del tratamiento: _____

Tipo de protocolo usado: _____

Ameritaba tocólisis pero no se inició: _____

Residente que evaluo a la paciente: R I R II R III

ENCUESTA PARA RESIDENTES.

1. Conoce usted el protocolo de Amenaza de Parto Prematuro

SI

NO

2. Describa las principales características para aplicar el protocolo número 1: _____

3. Describa las principales características para aplicar el protocolo número 2: _____

4. Describa las principales características para aplicar el protocolo número 3: _____
