

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DEL TRABAJO
DE PARTO PRETERMINO, SEGUN INDICE
DE TOCOLISIS

Estudio descriptivo, realizado en 250 pacientes que
presentaron trabajo de parto pretérmino y que
fueron tratadas con fenoterol versus sulfato de
Magnesio mas fenoterol, según índice de
Tocolisis en el Hospital de Gineco
Obstetricia del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social, del 1 de enero
al 31 de diciembre de 1995

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

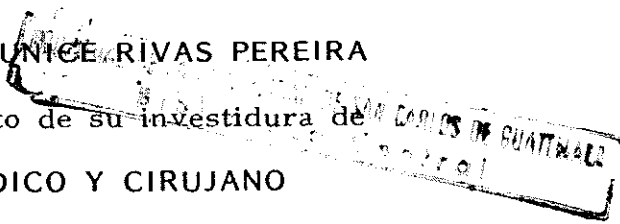
POR

HILDA EUNICE RIVAS PEREIRA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1996



5
7480)
3

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

HACE CONSTAR QUE:

(La) SECRETARIA BILINGUE : HILDA EUNICE RIVAS PEREIRA

net Universitario No. 9018652

presentado para su Examen General Pùblico, previo a optar al Tìtulo Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

EFICACIA DEL PRATAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO SEGUN INDICE DE TOCOLISIS

abajo asesorado por:

tor ANTONIO BOBOS ORULLAN

revisado por:

tor RODOLFO MULLER

enes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala,

de 1996.

UNIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

INPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO





Guatemala, Junio 13 de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Director
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Facultad de Tesis
Presente

Se le informa que el (la) Secretaria Bilingüe:

HILDA EUNICE RIVAS PEREIRA

Nombres y Apellidos Completos

carnet No.: 9013652 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis
 titulado:

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO SEGUN INDICE DE
 TOCOTRISIS

el cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido,
 metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así
 como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del Estudiante

Firma del Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional:

Dr. Mario Lobos Orellana
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 7335

pme

Firma del Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional
Reg. de Personal: 6647

MEXOS Y CIRUJANO

COPIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR-01-039-96

Guatemala, Junio 13 de 1996

SECRETARIA
HILDA EUNICE RIVAS PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
USAC
Presente.

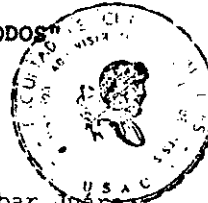
SECRETARIA RIVAS:

Por éste medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO SEGUN INDICE DE TOCOLISIS ha sido **RECIBIDO**, y luego de revisado se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR

NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

apme

INDICE

	Pag. No.
Introducción . . . . .	.1
I. Definición del Problema. . . . .	.2
II. Justificación . . . . .	.3
III. Objetivos . . . . .	.4
IV. Revisión Bibliográfica . . . . .	.5
V. Metodología . . . . .	.20
VI. Presentación de Resultados. . . . .	.24
VII. Análisis y discusión de Resultados . . . . .	.34
VIII. Conclusiones . . . . .	.36
IX. Recomendaciones. . . . .	.37
X. Resumen . . . . .	.38
XI. Referencias Bibliográficas. . . . .	.39
XII. Anexos. . . . .	.41

I. INTRODUCCION

En nuestro medio, el trabajo de parto prematuro es una causa importante de morbi-mortalidad neonatal, representando para el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social un elevado costo social y económico.

En la actualidad, el tratamiento de pacientes con trabajo de parto prematuro es tema de discusión, máxime si presentan un alto punteo de índice de Tocólis, pues aún no existe tratamiento 100% satisfactorio.

El presente estudio muestra la efectividad de tratamiento de trabajo de parto con el esquema de Fenoterol+ Sulfato de Magnesio versus esquema de Fenoterol; según índice de tocólis, para lo cual se hizo una revisión de 250 papeletas de pacientes que presentaron trabajo de parto pretérmino durante el periodo de enero a diciembre de 1,995. Del presente estudio se obtuvo que un 30.8% (77) de pacientes que presentaron trabajo de parto pretérmino recibieron tratamiento con el esquema de Fenoterol+Sulfato de Magnesio, presentando un 2.6% (2) de fallo terapéutico en comparación con el esquema de fenoterol que presentó un 9.5% (16) de fallo.

Utilizando el índice de Tocólis, encontramos que de las 77 pacientes que fueron tratadas con el esquema de Fenoterol+Sulfato de Magnesio el 6.5% (5) presentó índice mayor ó igual a 5 puntos; presentando fallo terapéutico un 1.3% (1), mientras que para el esquema de fenoterol se obtuvo que el 7% (12) de pacientes presentaron un índice mayor o igual a 5 puntos, presentando fallo terapéutico un 3.5% (6) de las pacientes que fueron tratadas con éste esquema.

En el presente estudio, se estableció una recurrencia del trabajo de parto pretérmino en 51 (20.4%) pacientes, siendo 45 (88%) de ellas las que recibieron tratamiento con el esquema de fenoterol. A la vez se estableció que del total de éstas el 86.3% correspondieron a pacientes que presentan un índice de tocólis mayor ó igual a 5 puntos.

Como se expresó anteriormente, el esquema terapéutico de Fenoterol+Sulfato de Magnesio fué menos empleado en el tratamiento de pacientes con trabajo de parto pretérmino en comparación con el esquema de fenoterol pero se puede observar que brinda mayores ventajas en cuanto a que presenta menor porcentaje de fallo terapéutico y menor recurrencia del trabajo de parto.

A continuación, presentamos el informe final del presente estudio, dejando la inquietud para profundizar en futuras investigaciones sobre la efectividad del esquema de fenoterol + sulfato de magnesio en el tratamiento del trabajo de parto pretérmino tomando en cuenta múltiples factores de riesgo maternos como los son: paridad de la paciente, antecedente de parto pretérmino, etc. Todo ellos con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado.

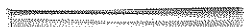
II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El parto prematuro es una de las causas más frecuentes de morbilidad neonatal, representando del 8 al 10% de todos los partos. (6)

El trabajo de parto prematuro es aquel que ocurre antes de la viabilidad fetal entre la 28 y 36 semanas de gestación. Se identifica con la presencia de contracciones uterinas que ocurren al menos una vez cada diez minutos y duran treinta segundos o más, pudiendo acompañarse de ruptura prematura de membranas, hemorragia y dilatación cervical. (1) (4) (17).

Se sabe que ésta entidad, puede ser producida en 20 a 30% de los casos por diversas patologías que precipitan el trabajo de parto y el parto, entre las que se describen enfermedades maternas severas: Ruptura Prematura de Membranas, Hemorragias, Abrupto Placentae, sufrimiento fetal y corioamnioitis; las cuales conllevarán a un parto activo independientemente del estado de madurez del feto; representando una amenaza para la vida y la salud del Recién Nacido, debido a las múltiples consecuencias como los son: Síndrome de Membrana Hialina, Hemorragia Intracraneal, etc., (13)

Entre los agentes tocolíticos más ampliamente usados están el Fenoterol y Sulfato de Magnesio. El porcentaje de prolongación del embarazo está entre 40 y 60%. ((20) (11). Estos medicamentos han demostrado ser eficaces, por lo que al realizar el presente estudio en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se deseó proporcionar estadísticas propias para confirmar los resultados obtenidos y de ésta forma aportar elementos en las decisiones médicas para controlar un parto prematuro y mejorar la evolución neonatal.



III. JUSTIFICACION

Existe un gran número de pacientes que por diversas causas desencadenan Trabajo de Parto Pretérmino, siendo uno de los Factores de Riesgo Maternos de mayor importancia la Infección del Tracto Urinario la cual se asocia en gran medida a Problemas Socioeconómicos, educacionales y ambientales (4) (17)

Se ha encontrado que el parto pretérmino y el trabajo de parto pretérmino, son complicaciones presentes en un 10% de todos los embarazos, y causantes de 50 - 70% de morbilidad perinatal (13) (18). Aunque la inhibición farmacológica del trabajo de parto pretérmino no ha demostrado de manera convincente una disminución en la tasa de nacimientos pretérmino o muertes neonatales, diversos estudios han demostrado una prolongación notoria en la duración del embarazo y disminución en la morbilidad neonatal. Es por eso, que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se realizó el presente estudio, comparando los resultados de los dos esquemas de tratamiento utilizados en la inhibición del trabajo de parto pretérmino según Índice de Tocólisis, con el fin de seleccionar el mejor y así intervenir tanto en las complicaciones maternas como neonatales.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Comparar los resultados del esquema de Fenoterol y Fenoterol más Sulfato de Magnesio en el tratamiento del Trabajo de Parto Pretérmino según Índice de Tocóclisis en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

ESPECIFICOS:

- Describir los resultados obtenidos con Fenoterol y Fenoterol más Sulfato de Magnesio en el tratamiento del Trabajo de Parto Pretérmino, según Índice de Tocóclisis.
- Establecer la recurrencia de Trabajo de parto pretérmino, después del Tratamiento con el esquema de Fenoterol y Sulfato de Magnesio más Fenoterol.
- Identificar las patologías asociadas al fallo de la Tocóclisis.
- Determinar la edad Gestacional más frecuente en la que se hace presente el Trabajo de Parto Pretérmino.
- Verificar la puntuación que según el Índice de Tocóclisis se presenta el fallo terapéutico.
- Determinar el tiempo de resolución del Trabajo de Parto Pretérmino según esquema Terapéutico utilizado.

U. REVISION BIBLIOGRAFICA

PARTO PREMATURO

DEFINICION:

Trabajo de parto prematuro, es aquel que ocurre antes de la viabilidad fetal entre las 27 y 36 semanas de gestación, se identifica con la presencia de contracciones uterinas que ocurren al menos una vez cada 10 minutos y duran 30 segundos o más y puede estar acompañado de ruptura prematura de membranas, hemorragia vaginal y dilatación cervical. (4) (17)

Existen dos tipos de parto prematuro:

Espontáneo : Se produce sin la intervención de fuerzas no compatibles con el embarazo.

Inducido: Producido por problemas de tipo maternos o fetales.

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. (3), (15).

FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD:

El parto pretérmino es la complicación más habitual del tercer trimestre de la gestación y el alumbramiento de un neonato no del todo maduro y poco desarrollado constituye una crisis clínica que, invariablemente representa una amenaza para la vida o la salud del recién nacido y a menudo también el de la madre.

El bajo peso al nacer (menor de 2.500 grs) presenta en América Latina un incidencia de alrededor del 9% del total de los nacimientos institucionales y es presente en más del 75% de los niños que mueren en el periodo neonatal. De éstos neonatos de bajo peso, el 40 - 70% son pretérmino y con un peso adecuado para su edad gestacional. La otra parte de los nacidos con bajo peso (30 a 609 corresponde a los retardos del crecimiento intrauterino o desnutridos fetales. (9) (17)

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 de Gineco-Obstetricia es de 10%, en Venezuela en Hospital Dr. José Gregorio Hernández es del 9%. (4) (6).

Los nacidos con bajo peso al nacer presentan diversas causas destacadas de morbilidad y mortalidad entre éstas tenemos el Síndrome de Distrés Respiratorio, Enfermedad de Membrana Hialina y la Hemorragia Intracraneal Intraventricular. 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 la conducta, etc. (7) (3) (1) (4).

Cuando un niño con bajo peso al nacer sobrevive, en especial integra el grupo de los de muy bajo peso (menos de 1,500 grs), su pronóstico depende del número e intensidad de las causas que actuaron sobre él, y de los cuidados ante y post natales que haya recibido. (19)

Proporción sexual: Entre los niños nacidos pretérmino se observa preponderancia de varones en todos los estadios del desarrollo antenatal.

La proporción varía desde un 170:100 a un 106:100.

En relación al peso, los recién nacidos varones son más pesados que los fetos femeninos de una edad gestacional equivalente, pero el pronóstico de supervivencia para los niños poco desarrollados de un mismo peso favorece a las mujeres por su mayor madurez y edad cronológica. (18).

ETIOLOGIA: (1) (4) (13).

El parto pretérmino se produce en una variedad de circunstancias; que pueden ser responsables factores tanto maternos, placentarios como fetales.

En un 2 - 3 % de los casos de parto pretérmino, el factor precipitante es la ruptura precoz de las membranas.

Se han correlacionado diversos factores de riesgo con nacimiento de niños pretérmino, como los son: (13)

DEMOGRAFICOS:

- Edad materna menor de 17 años y mayor de 36 años.
- Raza diferente a la blanca.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Estado Civil: más frecuente en madres solteras.

CONDUCTUALES:

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Drogadicción.
- Desnutrición.
- Actividad física excesiva.

CUIDADOS DE LA SALUD:

- Carencia o deficiencia de cuidados prenatales.

RIESGOS MEDICOS PREVIOS AL EMBARAZO:

- Antecedente de hemorragia intrauterina durante el embarazo.
- Antecedente de partos prematuros o pérdidas antes del segundo trimestre.
- Malformaciones uterinas o cervicales /miomas.

COMPLICACIONES ACTUALES DEL EMBARAZO:

- Gestación múltiple.
- Anormalidades en el volumen de líquido amniótico.
- Hemorragia vaginal.
- Anormalidades fetales.
- Infección grave.
- Cirugía abdominal.

RIESGO EN PARTO PREMATURO (1)

PUNTUACION	DATOS PERSONALES	HISTORIA ANTERIOR	HABITOS	EMBARAZO ACTUAL
0	Ningún hijo en casa NSE bueno.	No abortos previos más de 1 año desde el último parto.	Trabajo leve, stress mínimo.	Buena salud en general.
1	2 hijos en casa.	menos de 1 años desde el último parto.	Trabajo fuera de casa.	Cansancio inusual.
2	Edad menor de 20 años o mayor de 40. Madre soltera.	2 abortos inducidos previos.	10 cigarrillos al día.	Ganancia de peso de 6.5 Kgs. a las 32 semanas de gestación. Proteinuria. Bacteriuria. Hipertensión.
3	Altura de 1.52 cms. Peso de 45 Kgs. malnutrida.	3 abortos inducidos. 2 previos.	Trabajo pesado.	De nálgas a las 32 semanas de gestación, pérdida de peso de 5 Lbs. Cabeza encajada a las 4 semanas.
4	Edad menor de 18 años.	Pielonefritis.	-----	Sangrado después de 12 semanas de gestación, cervix dilatado, utero irritable.
5	-----	Anomalia uterina, aborto en el 2do. trimestre, biopsia crónica previa.	-----	Placenta previa. Hidramnios.
6	-----	Parto pretérmino previo, aborto de repetición en el 2do. trimestre.	-----	Embarazo múltiple, cirugía abdominal.

AGNOSTICO:

El diagnóstico tiene 3 componentes: (4) (9)

Identificación de la paciente en riesgo.
Detección de signos de alerta temprana.
Diagnóstico de Certeza.

IDENTIFICACION DE PACIENTES EN RIESGO: (9) (14) (15)

El mejor predictor de trabajo prematuro es un pobre funcionamiento reproductivo anterior. Esto hace difícil la identificación de mujeres nulíparas en riesgo; lo es desilusionante porque más del 40% de todas las mujeres son nulíparas.

SÍNTOMAS TEMPRANOS DE ALERTA DE TRABAJO PREMATURO: (15)

La mayoría de pacientes que desarrollan trabajo prematuro, tienen muchos síntomas de alerta antes o a veces semanas antes de las contracciones regulares, los son sutiles y la paciente frecuentemente ignora su importancia. Toda mujer debería ser instruida para reconocer cada uno de ellos como lo son:

La importancia de la actividad uterina excesiva y los signos tempranos de alerta de trabajo prematuro.

El peligro de usar nombres al describir sus contracciones, esto da una falsa sensación de seguridad.

Evitar atribuir la incomodidad pélvica o abdominal a otros órganos aparte del útero.

Reportar al obstetra inmediatamente los síntomas de alerta de actividad uterina excesiva que sean detectados.

Examen Cervical:

Durante el examen se debe evaluar la posición, longitud, consistencia del cervix y el desarrollo del segmento uterino bajo. Cuando se examina entre las 20-34 semanas de gestación, la mayoría de las nulíparas tienen el cervix en posición posterior, cerrado en menos de 2 cms. de longitud y de consistencia dura, mayor que cualquier otro tejido de la región. En pacientes multíparas con cervix 2-3 cms de dilatación en las 28 semanas tendrán un 27% de incidencia de parto antes de las 34 semanas de gestación.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

El hallazgo de un cervix suave, corto y un segmento uterino bajo desarrollado indica que las contracciones están afectando el cervix y la tocólisis es necesaria.

La importancia de los cambios cervicales como un predictor de trabajo prematuro, es tal que ha propuesto que el examen cervical deba ser realizado a toda embarazada en la visita al obstetra durante el final del segundo trimestre y el inicio de tercero.

Paciente con riesgo de trabajo de parto prematuro, muestran disminución del cervix por debajo de 3 cms de amplitud de el canal cervical, delgadez de segmento bajo y exposición de membranas en el canal cervical. (9)

DIAGNOSTICO DE CERTEZA DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO:

El diagnóstico es simple:

Edad Gestacional: La edad del embarazo oscila entre las 28 y 36 semanas de amonerrea y debe correlacionarse con los signos clínicos; cuando existe duda sobre la fecha de última regla al tamaño y la madurez fetal son los signos de mayor importancia. La altura uterina, el diametro biparietal por ultrasonografía y los parámetros del liquido amniótico ayudan al diagnóstico. (3).

Contracciones uterianas: Se caracterizan por ser dolorosas y detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad del embarazo. (1).

CONTRACCIONES UTERINA DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL.

EDAD GESTACIONAL	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
No. de CONTRACCIONES / Hr.	1	3	5	7	8	8	8	8	9	9	9	9	9

Cuando la frecuencia contráctil sobrepasa a lo establecido con la paciente acostada se procederá al tratamiento con uteroinhibidores y se controlará la frecuencia contráctil. (9) (17)

Cuello Uterino: Se debe apreciar modificaciones con relación al último exámen vaginal realizado. Los signos a tomar en cuenta son dilatación de aprox. 2-3 cms. borramiento no mayor del 50% y posición del cuello uterino, que es un trabajo inicial. (9)

Debe diferenciarse de trabajo de parto franco que se defina cuando la dilatación cervical supera los 4 cms. (1)

ESTUDIOS DE LABORATORIO: (2) (3) (4)

1. Cuenta 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.

INDICE DE TOCOLISIS (14)

El índice de tocólisis, son parámetros clínicos establecidos, como los son las Contracciones Uterinas, Ruptura Prematura de Membranas, Hemorragia y Dilatación Cervical, utilizado en la práctica médica para evaluar el tratamiento de pacientes con trabajo de parto pretérmino.

Estos parámetros deberán ser medidos mediante exámen físico. Dependiendo de las características de los parámetros se les va dando un puntaje que va de 0 a 4 puntos.

PUNTEO	0	1	2	3	4
CONTRACCIONES	-	* Irregul.	** Regular	-	-
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	-	-	+Alta	-	++ Baja
HEMORRAGIA	-	Manchado, Hemorragia moderada	Severa (+ 100 ml)	-	-
DILATACION CERVICAL (Cms.)	-	1	2	3	4

* Son contracciones que se presentan a intervalos mayor de 10 minutos con duración menor de 40 segundos.(19)

** Son contracciones que se presentan 2 ó 3 en 10 minutos y tiene una duración de 40 a 60 segundos. (19)

+ La rotura alta de la membrana, es un desgarro que se sella y no suele acumularse liquido en la vagina y casi siempre se palpan las membranas intactas sobre la presentación. (14)

++ Las roturas bajas suelen cursar con un gran paso de liquido a la cavidad vaginal y, por lo general, las membranas dejan de palpase sobre la presentación.

Una vez evaluada la paciente y habiéndole evaluado los parámetros anteriormente mencionados, se le da el punteo que le corresponde de acuerdo a las características encontradas. Ejemplo: Paciente con Trabajo de Parto Pretérmino que presenta contracciones regulares se le da un punteo de 2 Pts., además presenta 3 cms. de dilatación cervical son 3 pts., no presenta hemorragia ni ruptura prematura de membranas, por lo que el Puntaje Total de Índice de Tocósis es de 5 pts. 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. (14)

Los puntos obtenidos en el índice de tocósis 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 " "
7 o más -----	Nunca.

Como podemos observar en la tabla anterior, las pacientes que presentan hasta tres puntos, tienen un alto grado de beneficiencia con tratamiento adecuado; mientras que de cuatro puntos en adelante, la posibilidad de poder lograr una uteroinhibición es baja y dependerá de cada caso individual. (14)

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

Se recomiendan las siguientes medidas: (9)

- A. Educación acerca del trabajo pretérmino.
- B. Tratamiento agresivo de Infecciones Vaginales y Cervicales: Las infecciones vaginales por Gardnerella Vaginales debe ser tratada agresivamente; ésta infección no produce ardor ni dolor, el síntoma más significativo es la presencia de una descarga acuosa que algunas veces tiene mal olor, el pH vaginal es 5.0 o más y la visión al microscopio muestra amplio número de bacterias, con leucocitos y células clave. El tratamiento de elección es el Metronidazol 500 mg. 2 veces/día, durante 7 días, Aunque éste medicamento ha sido dado durante todos los estadios del embarazo sin producir aparentemente efectos adversos o teratogénicos en el feto, no se recomienda su empleo durante el primer trimestre.(10). El tratamiento de segunda elección es Ampicilina 500 mg c/6hrs; éste medicamento no tiene efectos adversos en el feto; puede no alcanzarse niveles terapéuticos en el útero. (14) (10). Si la paciente fuese alérgica Eritromicina es el tratamiento indicado, 500 mg cuatro veces al día, éste medicamento cruza la placenta; el nivel fetal es un 25% del materno y no se han demostrado efectos adversos.(10) (14)
En infecciones por Clamidia Trachomatis, el tratamiento es con Amoxicilina o Eritromicina.
- C. Exámenes pélvicos frecuentes.
- D. Abstinencia coital.
- E. Exámenes de ultrasonido seriados.
- F. Limitación de la actividad física.
- G. Cambio en condiciones de trabajo. (2) (1)

MANEJO DE PACIENTES CON SIGNOS DE ALERTA DE TRABAJO PRETERMINO:

Pacientes que desarrollan signos de alerta han alcanzado un estadio peligroso, porque la progresión de síntomas conducirá a trabajo pretermino bien establecido y disminuye el tratamiento efectivo. La intervención farmacológica es necesaria. (11)

ANTIBIOTICOS: Con cultivo que evidencie infección. El tratamiento combinado de Eritromicina y Clíndamicina cubriría completamente la mayoría de bacterias implicadas, y como segunda elección el Metronidazol y Trimetropin-Sulfametoxazol.

TOCOLISIS PROFILACTICA: Detiene las contracciones uterinas. Puede prevenir el mayor borramiento cervical y la pérdida del tapón mucoso.

Todos los agentes utilizados para inhibir las contracciones prematuras uterinas actúan afectando la concentración intracelular de calcio en el miometrio. Muchos promueven la expulsión de calcio de la célula (Agentes B-adrenérgicos e Indometacina), muchos desplazan el calcio ($MgSO_4$) y algunos bloquean la entrada de calcio a la célula miometral (bloqueadores de los canales de calcio). La indometacina actúa también por inhibición de la producción de prostaglandinas.

REPOSO EN CAMA: El reposo en cama disminuye la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas principalmente en posición lateral.

TRATAMIENTO

Agentes Beta-Mimeticos: (8) (7) (20) (10)

Uno de los factores más importantes que determinan los efectos de un fármaco simpaticomimético, es que hay dos tipos de sitios receptores con los que puede reaccionar para despertar respuesta. En términos generales sobre los receptores alfa es excitatorio y sobre los receptores beta es inhibitorio. (7)

Los adrenoreceptores han sido divididos en Beta 1 y Beta 2, según el tipo de respuesta que median. Las hormonas o fármacos que producen relajación del útero grávido actúan a nivel de los receptores Beta 2. (7)

En los estadios iniciales de contractilidad uterina excesiva, una dosis baja de un agente beta adrenergico puede ser suficiente para disminuir la frecuencia e intensidad de las contracciones.

Fenoterol: Es un tocolítico de extraordinaria eficacia, su plan terapéutico es:

Tratamiento de ataque via I.V :

1. Reposo absoluto en cama por 48 horas.
2. Fenoterol 1-4 mcg. por minuto I.V.
3. Laboratorios: Hematología completa, orina, VDRL.

Tratamiento de Sostén:

1. Reposo absoluto en cama por 48 horas.]
2. Restricción de exámenes vaginales a los indispensables.
3. Fenoterol oral 5 mgs cada 6 horas, hasta finalizar el embarazo.

Finalizar el Tratamiento deAtaque cuando:

1. Contractilidad uterina es menor de 2 o 3 contracciones por hora, por espacio mínimo de 4 horas; luego tratamiento de sostén en pacientes hospitalizados.
2. Cuando la contractilidad no disminuye y parto progresa luego de 4 a 6 horas de infusión. (fracasó el método)
3. Ruptura de membranas con signos de infección ovular.

Finalizar el Tratamiento de Sostén cuando:

1. El tratamiento de sostén con éxito se mantendrá durante 48 horas.
2. Caso de ruptura de las membranas.

EFFECTOS DE MEDICAMENTO: Relajación Uterina, vasodilatación, aumento de contractilidad muscular estriada, glucogenólisis muscular y hepática con hiperglicemia y aumento del ácido láctico y pirúvico.

Isoxuprina: Actúa de la misma manera que el fenoterol y provoca:

- Aumento del consumo de oxígeno, lipólisis con aumentos de ácidos grasos libres, glucogenólisis muscular y hepática con hiperglicemia, aumento del ácido láctico y pirúvico. (7) (14)

Se utilizará por vía intravenosa, se inicia con 80 grs de isoxuprina en 500 cc de dextrosa al 5% con medición estandarizada de presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca fetal y evolución del trabajo de parto.

Posteriormente se iniciará por vía oral iniciándose con 10 mgs. cada 8 horas hasta finalizar el embarazo y tomando los mismos parámetros que se tomaron en la fase de sostén del fenoterol.

Terbutalina: Actúa sobre los receptores Beta adrenérgicos de las células musculares lisas, para desencadenar la formación intracelular de monofosfato cíclico de adenosina, que en las células miométricas activa a las cinasas de las proteínas desplaza al calcio hacia sitios de secuestro y produce relajación celular. (14)

PREPARACION: Se disuelve 5 ampollas de terbutalina (5 mg.) en 500 cc. de Lactato de Ringer; contiene 10 mg. de terbutalina por ml.

Infusion I.V: Usando una bomba Harvard, se inicia infusión I.V. en una frecuencia de 5mg/min. (0.5 ml/min: 30 ml./hr.) aumenta cada 10 minutos 5 grs/min. hasta una frecuencia de 15 mg./in (1.5ml/min:90 ml/hr.)

Subcutáneo: Se dará después de discontinuar la terbutalina I.V. y 15 minutos después de dar 250mg. subcutáneo dando la misma cantidad cada 3-4 horas como sea necesario para mantener pulso entre 110 y 120 X Min.

Oral: Se da tabletas de 5 mg. de terbutalina y 30 min. después discontinuar la vía I.V. o Subcutánea. Dar la misma dosis cada 4 horas para las primeras 24 horas según el pulso de la madre, el cual no debe de exceder de 120 X; luego ajustar la dosis a 2.5-5.0 mg. cada 3 - 6 horas dependiendo de la respuesta del paciente.

EFFECTOS COLATERALES: (14) (17)

Una de las contracciones más comunes, es la presencia de enfermedad cardíaca materna. El edema pulmonar es una complicación seria del uso de éstos. Ocurre más frecuentemente en pacientes que tienen expansión excesiva del volumen plasmático y corioamnionitis.

Las pacientes deberían ser monitorizadas continuamente con oximetría, para anticipar la producción de edema pulmonar. Las pacientes con Diabetes Mellitus son de Alto Riesgo para complicaciones con éstos medicamentos. Estos pacientes desarrollan hiperglicemia significativa, glucosuria, cetonuria y necesitan aumentos de la administración de insulina.

Cuando se produce hipotensión se reemplazará por etilefrina, 250-500mgs. por minuto I.V. continua.

SULFATO DE MAGNESIO: (7) (14)

Las sales de Magnesio, son una alternativa a los agentes Beta adrenérgicos. El Gluconato de Magnesio es usado en dosis de 1g. P.O. cada 4-6 Hrs. El Oxido de Magnesio es dado en dosis de 200 mg. cada 3-4 horas. El Cloruro de Magnesio con cubierta entérica es dado en dosis de 535 mg. cada 4 horas. La efectividad del Magnesio oral paralela a la tocólisis ambulatoria es similar a la Terbutalina y Ritodrina. (14) (16)

Es el Magnesio Oral el más comúnmente usado en pacientes incapaces de tolerar incrementos de dosis de Terbutalina o Nifedipina. La queja más común es el aumento de sed y diarrea.

El Sulfato de Magnesio tiene efecto neuroestabilizador, además es un vasodilatador periférico que tiende a mejorar el flujo sanguíneo uteroplacentario y reduce la actividad uterina del trabajo de parto espontáneo o inducido por oxitocina a término. (7)

Disminuye la frecuencia e intensidad de las contracciones en pacientes preclámpicas. Es usado para pacientes con contraindicaciones a los agentes Beta adrenérgicos, particularmente diabéticas gestacionales. Como no tiene efecto inotrópico positivo es la primera elección para pacientes con anormalidad cardíacas. (10).

Si el cervix está dilatado mayor de 2 cms. la terbutalina o ritodrina son más efectivas. El más frecuente de los efectos secundarios de Sulfato de Magnesio son: Edema pulmonar, hipotermia y toxicidad neuromuscular la cual puede ser revertida, rápidamente con la administración de Gluconato de Calcio. La hipotermia causa bradicardia fetal. (7).

La dosis inicial es de 6 grs. administrada lentamente en no menor de 20 min. La dosis de mantenimiento es usualmente 2 grs. por hora pero muchas pacientes necesitan 3 grs. por hora.

Es importante evitar la sobrecarga de líquidos en pacientes que reciben Magnesio I.V. Los líquidos totales para 24 Hrs. no excedan 300 cc. Los reflejos y frecuencia respiratoria deberían medirse cada hora. Niveles séricos de Magnesio deben medirse cada 6 hrs. (7)

Los niños de madres tratadas con Sulfato de Magnesio I.V. poco antes del parto son frecuentemente hipotónicos al nacimiento y requieren soporte respiratorio hasta que el magnesio sea eliminado.

AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO:

En los últimos años la Nifedipina ha sido agregado al tratamiento de actividad uterina excesiva. La Nifedipina es un agente tocolítico bien tolerado por la mayoría de embarazadas. Problemas fetales no significativos han sido reportados después del tratamiento con Nifedipina. (14)

La medicación se da P.O. e inicia con dosis de 10m mg. cada 6 hrs. y puede incrementarse a 20 mg. cada 4 hrs., pero en éstas altas dosis la incidencia de efectos secundarios es alta. El efecto secundario más común es Hipotensión. Otro efecto secundario visto en un pequeño número de pacientes es una sensación de enrojecimiento facial. La nifedipina no tiene efectos secundarios marcados, por lo que pueden ser dadas a pacientes embarazadas diabéticas sin temor a hiperglucemias o hipoglucemias, no causa alteraciones en ritmo cardíaco y puede darse a embarazadas con prolapso de la válvula mitral sintomática o arritmias supraventriculares medias a moderadas. Es una droga excelente para pacientes con hipertensión crónica y contracciones prematuras. (15).(16)

INDOMETACINA:

Es el agente tocolítico más disponible, pero no es usado como medicamento de primera línea porque tiene efecto hemodinámico sobre el feto. Produce cierre temprano del Ductus Arterioso así como también puede disminuir la excreción urinaria fetal y provocar oligohidramnios, la sensibilidad del ductus fetal a la indometacina disminuye con la edad gestacional. (7) (4) (10)

La dosis inicial es de 50 a 100 mg. en supositorio rectal. Seguido de 25 mg/oral cada 4-6 hrs. que se continúa por 3 días y si el ultrasonido muestra volumen de líquido normal y no se observa regurgitación tricúspide el tratamiento puede continuar sino se cambia de agente. Inhibe la síntesis de prostaglandinas y así disminuye la contractilidad uterina.

PROGESTERONA:

Los agentes progestágenos reducen la incidencia de nacimiento prematuro. Además es ampliamente usada para prevenir el aborto. Las propiedades tocolíticas de la progesterona es probablemente el resultado del efecto antagonista sobre la prostaglandina F₂ - alfa o estimulación Alfa adrenérgica y su habilidad para bloquear el desarrollo de uniones GAP necesaria para la propagación de la actividad muscular.

Las cápsulas microionizadas es la forma más simple de administrarlo y es usada a dosis de 50 mg. cada 8 a 12 hrs. (7) (18)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio Observacional Descriptivo.

B. SELECCION DEL MATERIAL DE ESTUDIO:

Se seleccionaron al azar las fichas clinicas de las pacientes que presentaron trabajo de parto pretérmino en el servicio de Labor y Partos del Hospital de Gineco-Obstetricia, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1,995.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Durante el año de 1,995 en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se presentaron 990 pacientes con Trabajo de Parto Pretérmino, por lo que se tomó una muestra estadísticamente significativa con la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N}{1 + N (\delta)^2}$$

n: Tamaño de la muestra

N: Universo

δ : Error Standar.

Basada en ésta, el tamaño de la muestra es de 250 fichas clinicas

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes que fueron clasificadas con Trabajo de Parto Pretérmino en la emergencia del Hospital de Gineco - Obstetricia.
- Que se encontraban en edad gestacional mayor de 27 y menor de 36 semanas.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que tubieran menos de 27 semanas de embarazo o más de 36.
- Pacientes con Trabajo de Parto Pretérmino que no hayan sido tratadas con Fenoterol o Sulfato de Magnesio.

F. VARIABLES				
TIPO	VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONAL	ESCALA
INDEPENDIENTE	EDAD	Tiempo que ha vivido una per- sone.	Cuántos años tiene.	Cuantitativa.
INDEPENDIENTE	EDAD GESTACIONAL	Tiempo de embarazo, desde la concepción hasta el momento de la evaluación ginecológica.	Edad gestacional en semanas.	Cuantitativa.
INDEPENDIENTE	TRABAJO DE PARTO PRE-TERMINO.	Se define como trabajo de parto que se inicia entre las 27 y 36 semanas	Contracciones que se presentan 2 ó 3 en 10 minutos que duran 40-60 seg. y que logran dilatación del cervix.	Cuantitativa
INDEPENDIENTE	INDICE DE TOCOLISIS	Esquema utilizado para evaluar el tratamiento de Ptes. con T.P.P.	Contracciones Dilatación Cervical. Ruptura Prematura de Membrana Hemorragia.	Cuantitativa
DEPENDIENTE	UTEROINHIBICION	Es la inhibición de las contracciones uterinas.	Cese de las contracciones uterinas.	Cuantitativa.
DEPENDIENTE	ESQUEMA DE TRATAMIENTO	Se refiere a la presentación en forma ordenada de el Tratamiento de Fenoterol o Sulfato de Magnesio, en T.P.P.	480 cc. de Dextrosa al 5% + 2 ampollas de Fenoterol, a 10 gotas por minuto. 1,000 cc. de Hartman + 10gms. de sulfato de magnesio. 480cc. de Dextrosa + 1 gms de Fenoterol.	Cuantitativa.

G. RECURSOS:

Económicos: - Fotocopias

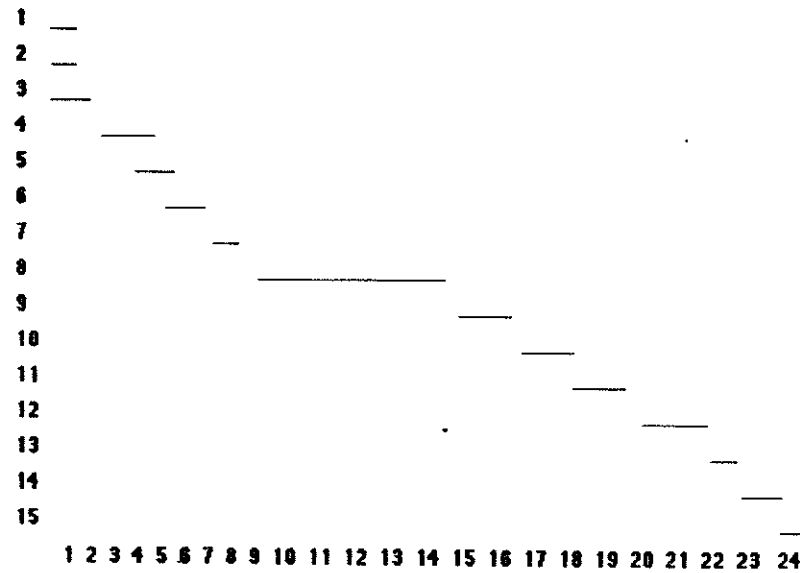
- Físicos:
- Archivo del Hospital de Gineco-Obstetrica. I.G.S.S.
 - Boleta de recolección de datos.
 - Papeletas de Pacientes que presentaron Trabajo de Parto Pretérmino durante el año de 1,995.
- Humanos: - Personal de Archivo del Hospital de Gineco-Obstetrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

PRESENTACION Y PROCESAMIENTO ESTADISTICO DE RESULTADOS:

Los datos que se obtuvieron de la revisión de las Historias clínicas de todas las pacientes comprendidas en el estudio se tabularon y analizaron presentándolos descriptivamente en base a su frecuencia y porcentaje, elaborando al final conclusiones y recomendaciones.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES:



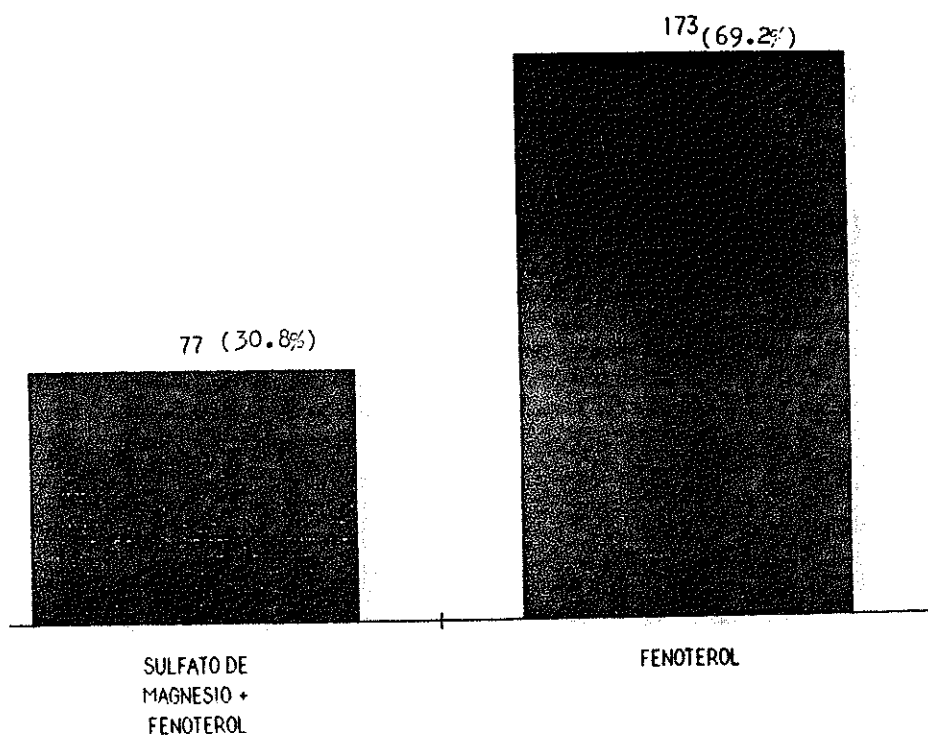
ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección de asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto del proyecto por el comité de investigación del Hospital.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
9. Procesamiento de los resultados, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de los resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

GRAFICA No. 1

ESQUEMA DE FENOTEROL + SULFATO DE MAGNESIO
VERSUS FENOTEROL ADMINISTRADO EN EL TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 1

EFFECTIVIDAD DEL FENOTEROL MAS SULFATO DE MAGNESIO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO SEGUN INDICE DE TOCOLISIS.

INDICE DE TOCOLISIS	FALLO TERAPEUTICO	PORCENTAJE	NO FALLO TERAPEUTICO	PORCENTAJE	TOTAL	PC
MAYOR \dot{o} = a 5 Pts	1	1,3	4	5,2	5	5
MENOR \dot{o} = a 4 Pts	1	1,3	71	92,2	72	72
TOTAL	2	2,6	75	97,4	77	77

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO N. 2

EVALUACION DEL FENOTEROL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO PREMATURO,
EVIDENCIA DE TOCOLISIS

TOCOLISIS	FALLO TERAPEUTICO	PORCENTAJE	NO FALLO TERAPEUTICO	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
≥ 5 Pts	6	3,5	6	3,5	12	7
≥ 4 Pts	10	6	151	87	161	93
	16	9,5	157	90,5	173	100

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 3

RECURRENCIA DEL TRABAJO DE PARTO, EN PACIENTES TRATADAS CON FENOTER
VERSUS FENOTEROL MAS SULFATO DE MAGNESIO.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FENOTEROL + SULFATO DE MAGNESIO	6	12
FENOTEROL	45	88
TOTAL	51	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Elaborado en el Hospital General de la Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1971.

CUADRO No. 4

RECURRENCIA DEL TRABAJO DE PARTO, SEGUN INDICE DE TOCOLISIS.

INDICE DE TOCOLISIS	RECURRENCIA	PORCENTAJE
MAYOR ó = a 5 Pts.	44	86,3
MENOR ó = a 4 Pts.	7	13,7
TOTAL	51	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CURRO No. 5

PATOLOGIAS ASOCIADAS AL FALLO DE LA TOCOLISIS.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCION URINARIA	7	38,8
R.P.H.O. + INFECCION URINARIA	5	28
CORIOAMNIOITIS	3	16,6
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	3	16,6
TOTAL	18	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NO. 6

TIEMPO DE RESOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO, UTILIZANDO FENOTEROL MAS SULFATO DE MAGNESIO EN EL TRATAMIENTO DE ATAQUE.

TIEMPO DE RESOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 5 Hrs.	66	85,7
De 6 - 10 Hrs.	11	14,3
De 11 - 15 Hrs.	0	0
De 16 - 20 Hrs.	0	0
De 21 - 24 Hrs.	0	0
TOTAL	77	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 7

TIEMPO DE RESOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO, UTILIZANDO EL ESQUEMA DE I
EN EL TRATAMIENTO DE ATAQUE EN PACIENTES CON T.P.P.

TIEMPO DE RESOLUCION	FRECUENCIA	%
Menor ó = a 5 Hrs.	51	29
De 6 - 10 Hrs	69	40
De 11 - 15 Hrs.	38	22
De 16 - 20 Hrs.	13	7,5
De 21-24	2	1,5
TOTAL	173	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO No. 8

FRECUENCIA DEL TRABAJO DE PARTO, SEGUN EDAD GESTACIONAL.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	%
De 28 - 30 Sem.	68	27,2
De 31 - 33 Sem.	70	28
De 34 - 36 Sem.	112	44,8
TOTAL	250	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio observacional descriptivo, se realizó en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1,995, haciendo una revisión de 250 papeletas clínicas de pacientes que presentaron Trabajo de Parto Pretérmino (28 - 36 semanas), y que recibieron tratamiento con el esquema de Fenoterol + Sulfato de Magnesio ó únicamente Fenoterol; excluyendo las papeletas de pacientes que no cumplieron con los criterios antes mencionados.

El objetivo principal del estudio fué: determinar la eficacia del tratamiento del Trabajo de Parto Pretérmino según índice de tocólisis, con el esquema de Sulfato de Magnesio + Fenoterol versus Fenoterol; se realizó la metodología de los estudios observacionales descriptivos y se elaboró un instrumento para la recolección de información.

Los datos obtenidos de dicha información fueron tabulados y analizados presentándose en base a su frecuencia y porcentaje, en cuanto que: el esquema terapéutico que con mayor frecuencia se utiliza es el de Fenoterol administrado en 173 (69.2%) pacientes, en comparación con el esquema de Sulfato de Magnesio que únicamente se aplicó a 77 (30.8%) pacientes. (Gráfica No. 1).

Del 100% (77) de pacientes que fueron tratadas con el esquema de Fenoterol + Sulfato de Magnesio, un 97.4% (75) tuvo resultados favorables, y únicamente un 2.6% (2) presentó fallo terapéutico. En comparación con el esquema anterior el fenoterol obtuvo un 90.5% (157) de efectividad y 9.5% (16) de fallo terapéutico.

Utilizando el Índice de Tocólisis, se encontró que de las 77 pacientes que fueron tratadas con el esquema de Fenoterol+Sulfato de Magnesio un 6.5% (5) presentó índice mayor ó igual a 5 puntos, siendo el 1.3% (1) el correspondiente a fallo terapéutico; mientras que para el esquema de Fenoterol se obtuvo que el 7% (12) de pacientes presentaron índice mayor ó igual a 5 puntos, presentando fallo terapéutico un 3.5% (60).

De las 250 pacientes comprendidas en el estudio, que presentaron trabajo de parto pretérmino y que fueron tratadas con alguno de los dos esquemas terapéuticos, 51 (20.4%) pacientes presentaron recurrencia del trabajo de parto; siendo 6 (12%) las pacientes que recibieron tratamiento con Fenoterol+ Sulfato de Magnesio, en comparación con las 45 (88%) pacientes restantes que fueron tratadas con Fenoterol. Además, se observó que de las 51 pacientes que presentaron recurrencia del trabajo de parto 41 (86.4%) de ellas, correspondían a pacientes que presentaron índice de tocólisis mayor o igual a 5 puntos, lo que evidencia que a mayor índice de tocólisis menor eficacia de tratamiento.

En el presente estudio se encontró fallo terapéutico en 18 (12.1%) pacientes, de las cuales, todas presentaron alguna patología asociada siendo la Infección del Tracto Urinario la enfermedad que con mayor frecuencia se presentó con un 66.8%, seguida de Corioamniotitis y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-Inserta con un 16.6% para ambas.

El período en que el Trabajo de Parto cesa completamente varía de 3 a 5 días, tiempo en que desaparecen las contracciones uterinas y la dilatación cervical; pero son las primeras 12 a 24 horas en donde las contracciones se presentan en menor frecuencia y menor intensidad independientemente del esquema terapéutico utilizado, constituyendo éste el "Período de Ataque": en donde el esquema de Fenoterol + Sulfato de Magnesio obtuvo mejores resultados presentando un 85.7% de efectividad en las primeras 5 horas de iniciado el tratamiento, en comparación con el esquema de fenoterol que presentó 29% de efectividad en las primeras 5 horas, seguido de un 40% entre las 6 a 10 horas de administrado el medicamento y un 22% resolvió el trabajo de parto entre las 11 y 15 horas.

Podemos observar que la edad gestacional, en la que se presenta con mayor frecuencia el trabajo de parto pretérmino, es entre las 34 a 36 semanas de gestación con un 44.8%, seguido por el 27.25% entre las 28 y 30 semanas.

En general, se puede observar en el estudio que el esquema de Sulfato de Magnesio más Fenoterol, dió mejores resultados en comparación con que el esquema de Fenoterol aislado en cuanto a que presentó menor porcentaje de fallo terapéutico, menor recurrencia del trabajo de parto y el tiempo que se tarda en ejercer su efecto terapéutico es menor que el utilizado por el esquema de fenoterol.

III. CONCLUSIONES

- 1.** El esquema de fenoterol + sulfato de magnesio presenta el 97.4% de efectividad en el tratamiento del Trabajo de Parto Pretermino.
- 2.** Utilizando el esquema de Fenoterol+Sulfato de Magnesio en pacientes que presentaron Trabajo de parto con Índice de tocolisis mayor ó igual a 5 puntos el fallo terapéutico fué de 1.3%.
- 3.** Del 100% de pacientes que presentaron recurrencia del trabajo de parto, el 88% correspondieron a pacientes que fueron tratadas con el esquema de Fenoterol.
- 4.** El esquema de Fenoterol + Sulfato de Magnesio presentó un 85.7%, mejores resultados terapéuticos durante las primeras 5 horas de iniciado el tratamiento.
- 5.** El esquema de Fenoterol presentó 29% de resolución del trabajo de parto en las primeras 5 horas de tratamiento.
- 6.** Del total de pacientes que presentaron fallo tocolítico, el 100% presentó patología asociada, correspondiendo el 66.8% a Infección del Tracto Urinario.
- 7.** Del total de pacientes comprendidas en el estudio, 112 (44.8%) presentaron Trabajo de Parto Pretérmino entre las 34 y 36 semanas de gestación.

X. RECOMENDACIONES

1. Profundizar en estudios del Esquema terapéutico de Fenoterol más Sulfato de Magnesio en el tratamiento de pacientes con trabajo de parto pretérmino.
2. Realizar estudios posteriores en los que se evalúe la eficacia de pacientes que presenten Trabajo de Parto Pretérmino, relacionado con paridad de la paciente, Índice de Tocólisis y edad Gestacional; para establecer la influencia de los mismos en el éxito o fallo terapéutico.

XI. RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo observacional descriptiva en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, haciendo una revisión de 250 fichas clínicas de pacientes que presentaron Trabajo de Parto Pretérmino durante los meses de enero a diciembre de 1,995 y que fueron tratadas con el esquema de Fenoterol + Sulfato de Magnesio y Fenoterol aislado, todo ello con el objeto de determinar el tratamiento de mayor efectividad en el trabajo de parto pretérmino.

Se observó que de las 250 pacientes que presentaron Trabajo de Parto Pretérmino, 173 (69,2%) fueron tratadas con el esquema de Fenoterol y únicamente 77 (30,8%) pacientes fueron tratadas con Fenoterol + Sulfato de Magnesio. (Gráfica No. 1).

Del 100% (77) de pacientes que fueron tratadas con el esquema de Fenoterol + Sulfato de Magnesio, un 97,4% (75) presentó resultado favorables, y únicamente un 2,6% (2) presentó fallo terapéutico, en comparación con el esquema anterior el Fenoterol obtuvo un 90,5% (157) de efectividad y 9,5% (16) de fallo terapéutico. (Cuadro No. 1 y 2).

En el presente estudio se observó, que de las 51 (100%) pacientes que presentaron recurrencia del trabajo de parto, el 88% corresponde a las que recibieron tratamiento con el esquema de Fenoterol aislado. A la vez se estableció que del total de recurrencias de trabajo de parto el 86,3% corresponden a pacientes que presentaron un Índice de Tocólisis mayor o igual a 5 puntos.

Se encontró fallo terapéutico en 18 (12,1%) pacientes de las cuales, todas presentaron alguna patología asociada, siendo la infección del trato urinario la enfermedad que con mayor frecuencia se presentó con un 66,8%, seguido de corioamnionitis y D.P.P.N.I. con un 16,6% cada una.

El período que dura el tratamiento de ataque del trabajo de parto pretermo, varía de 12 a 24 horas aproximadamente, presentando el esquema de Fenoterol+Sulfato de Magnesio mejores resultados en un 85,7% en las primeras 5 horas de iniciado el tratamiento.

Con los datos anteriormente presentados observamos: que el esquema de tratamiento de Fenoterol+Sulfato de Magnesio, dió mejores resultados en relación al esquema de Fenoterol, en cuanto a que presentó menor porcentaje de fallo terapéutico, menor recurrencia del trabajo de parto y el tiempo en que ejerce su efecto terapéutico es menor en relación al utilizado por el esquema de fenoterol.

XIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arias, Fernando. Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery. 2nd. Edition. Copy Right, 1,993. for Mosby the Art. Book Inc. pg. 71-99.
2. Barden, T. P. Sympathomimetic Drugs to Inhibit Preterm Labor. Contemp. Obstetric Gynecology. 1,976. Pgs. 7-56.
3. Benson, Obstetricia. Diagnóstico y Tratamiento Ginecológico. 5ta. Ed. México. Manual Moderno. 1,989.
4. Benson, Ralph. Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Edición Manual Moderno, México 1,986.
5. Brooke, Philip. Hipertension in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. No. 35. No.2 June 1,992.
6. Calderón, Rodríguez Anabella. Recurrencia de Trabajo de Parto Prematuro en la Mujer Obstétrica. Facultad de Ciencias Médicas. 1,989.
7. Clinical Obstetrics and Gynecology. Treatment. Farmacologic of Labor Preterm University of Pittsburgh School of Medicine Pittsburgh, Pennsylvania. Vo. 3. 1,989. Pgs. 613 - 624.
8. Cohen, Wayne R. Arresting Premature Labor. In Friedman's Obstetrical Decision Making. C.V. Mosby Co. 1,982.
9. Danforth, David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4ta. Ed. México. 1,987.
10. Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 8a. Ed. Editorial Médica Panamericana. México 1,991. pg. 925.
11. Hayashi, Robert. Labor Manegament and Sx. Premenstrual. Clinical Obstetrics and Gynecology. No. 35. June 1,992.
12. Keser, O. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Ed. Salvat. España,

13. Main, Denise M. Epidemiología del Parto Pretérmino. Clinica de Obstetricia y Ginecologia. Vol. 3 1,988. Pgs. 507-515.
14. Niswander. Manual de Obstetricia. Q.P. 2da. Edición. Reimpresión. Argentina 1,988. pgs. 331 - 338.
15. Queenan, John M.D. Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Editorial El Manual Moderno S.A. México D.F. 1,989.
16. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela. 1,987.
17. Schwarcz, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. El Ateneo. 4ta. Edición. Argentina 1,988.
18. Wilkins, Isabelle and R.K. Creasy. Parto Pretérmino. Temas Actuales. Vol. 2 1,990.
19. Williams. Obstetricia. 3ra. Edición. Segunda reimpresión. Salvat Editores. México. 1,990. Pgs. 728 - 732.
20. Zuspan, F.P. Premature Labor: Its Management and Therapy. Reprod. Med. 1,972. Pgs. 9-93.

XIII. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Hx. Clínica: _____ Edad: _____
Estado Civil: Casada: _____ Soltera: _____ Unida: _____
G: _____ P: _____ AB: _____
Antecedente de amenaza o parto prematuro: _____
Edad Gestacional: _____
Fecha de Ingreso por Trabajo de Parto Pretérmino: _____

Índice de Tocólis: _____
CONTRACCIONES: _____
R.P.M.O: _____
HEMORRAGIA: _____
DILATACION: _____
Total de puntos por Índice de Tocólis: _____

Esquema Terapéutico Utilizado:
Fenoterol: _____ Fenoterol + Sulfato de Magnesio: _____
Fecha y Hora de Inicio del Medicamento: _____
Tiempo de Resolución del Trabajo de Parto Pretérmino: _____
Recurrencia del T.P.P. después de la uteroinhibición _____

PATOLOGIAS ASOCIADAS AL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO:
Infección del tracto Urinario: _____
Cervicovaginitis: _____
Embarazo Múltiple: _____
Hipertensión Arterial: _____
Incompetencia Cervical: _____
Anomalías Uterinas: _____
Otros: _____

Problema Resuelto: Si: _____ No: _____

