

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

"HALLAZGOS COLPOSCOPICOS EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO"

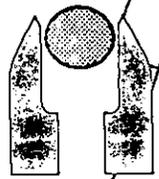
286-103

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SISTEMA CENTRALIZADO

T E S I S
QUE PRESENTA:
EL DR. ABELARDO CRUZ SANTIAGO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DIRECCION DE ENSEANZA



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
2000

NOVIEMBRE DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

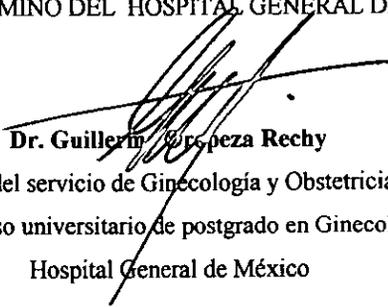
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
UNIDAD 112.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE PERINATOLOGIA Y COLPOSCOPIA

TESIS

TITULO: "HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS EN PACIENTES CON AMENAZA DE
PARTO PRETERMINO DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO"



Dr. Guillermo Orpeza Rechy

Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia
Profesor titular del curso universitario de postgrado en Ginecología y Obstetricia
Hospital General de México

Dr. Gregorio Magaña Contreras

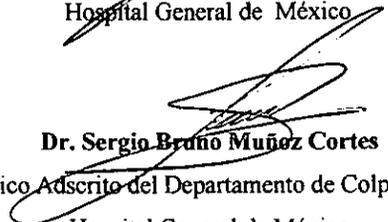
Jefe de Enseñanza e Investigación Científica del servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital General de México

Asesores de Tesis:



Dr. Arturo Ortiz Pavón

Médico Adscrito del Departamento de Perinatología
Hospital General de México



Dr. Sergio Bruno Muñoz Cortes

Médico Adscrito del Departamento de Colposcopia
Hospital General de México

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA:

A mis padres. por todo su apoyo.
A mi hermana por las horas de estudio
A Paty por su comprensión.

A MIS COMPAÑEROS.

A mis amigos de guardia: Dra. Laurita González, Dra. Tere Mendez, Dr. Alex Vázquez, Dra. Monroy, Dr. Ricardo Axtle, Dr. Germán Barrientos, Dr. Gallito, Dr. Gómez, Dra. Pallares, Dr. Lo Vargas.

A mis compañeros de generación. Dra. Lety de Anda, Dra. Emma Alcántara, Dra. Erika Gutiérrez, Dr. Cajas,

A mis compañeros residentes del servicio de Pediatría.

A todo el personal del servicio de Ginecología y Obstetricia.

A MIS MAESTROS

A los que supieron realizar la amalgama entre amigo, maestro y jefe: Dr. Leal, Dr. Buitrón, Dr. Oropeza, Dr. Ortiz, Dr. Coronel, Dr. Muñoz, Dr. Arturo Juárez, Dr. Maestro Zainos,

A todos ellos mil gracias

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	5
HIPÓTESIS.....	6
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
RESULTADOS.....	10
ANÁLISIS.....	13
CONCLUSIONES.....	16
ANEXOS.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	26

RESUMEN

La etiología de la amenaza de parto pretermino no se conoce con exactitud, desde hace muchos años se conocen varios factores predisponentes y desencadenantes, consideran la presencia de vulvovaginitis como uno de estos factores, por ende, el tratamiento de las infecciones vaginales en las embarazadas debe ser una medida preventiva importante. En pacientes con amenaza de parto pretermino se recomienda, además del Papanicolau y el exudado vaginal, la utilización del estudio colposcópico.

Diagnosticar adecuadamente las posibles causas que desarrollen la amenaza de parto pretermino y dar un tratamiento apropiado podría tener un impacto en la morbimortalidad perinatal al disminuir la incidencia de prematurez.

El objetivo de este estudio es identificar y describir los principales hallazgos colposcópicos a las pacientes con amenaza de parto pretermino internadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, en un periodo del 31 de septiembre de 1998 al 1 de octubre del 2000. De 182 pacientes se excluyeron a 38 por no haberles realizado colposcopia y a 20 por no tener expediente completo (n=124). La distribución por grupos etáreos se estableció principalmente de los 20 a 24 años (29.8%), seguida de 25 a 29 años (25.8%) y de 15 a 19 (24%). De acuerdo a la gravidez, las primigrávidas presentaron la mayor incidencia (33%), seguida de las secundigrávidas (32.2%). La edad gestacional en la que se presentó la amenaza de parto pretermino fue de la semana 32 a la 36 (58%).

Hallazgos colposcópicos: casi todas las pacientes mostraron hipertrofia cervical (93.5%), la infección vaginal más presentada fue la micótica (83%), seguida de la bacteriana (45%), las lesiones sugestivas de infección por el virus del papiloma humano fueron muy significativas (5.6%) mayores a las reportadas en la literatura, sin embargo aunque se presentaron lesiones intra epiteliales de algún grado de malignidad, no se presentó en ningún caso cáncer micro invasor o de mayor grado, coherente a lo referido mundialmente. Los padecimientos asociados a la amenaza de parto pretermino fueron la infección de vías urinarias (41.1%) y la vulvovaginitis sintomática (41.1%). Cabe señalar que se presentaron una mayor parte de pacientes con resultado de vulvovaginitis colposcópica (45.1 %) que sintomática (41.1 %).

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES:

La literatura médica sobre el parto pretermino, inicia en 1945, cuando the World Health Assembly of de League of Nations define como prematuros, a los niños cuyo peso al nacer fuera inferior de 2500g. En 1972 la OMS recomendó no utilizar el termino prematuro, señalando que los neonatos que pesaran menos de 2500g, se les consideraría de bajo peso al nacer, y que los que nacieran antes de la semana 37, contando desde la fecha de última menstruación, se le consideraría como pretermino. Desde 1962 diferentes autores han descrito entre muchas probables causas, la asociación entre las vaginitis infecciosas y la morbilidad perinatal (1)

La historia de la colposcopia inicia en Alemania cuando en 1920 los médicos alemanes observaron que el carcinoma del cuello uterino tenía un periodo variable de crecimiento. En 1925, el Dr. Hinselmann, en Francia, detectó que el estudio del cuello uterino y la vagina a simple vista no cubre los requisitos científicos, por lo tanto requería del uso de un aumento, de esta forma creó un instrumento que denominó colposcopio (2). La colposcopia es un método instrumental, que permite examinar la cavidad vaginal y en particular el epitelio del cuello uterino, pudiendo examinar el epitelio de recubrimiento, localizar la unión pavimento cilíndrica o zona de transformación y estudiar el estroma cervical (2). Sin embargo ha servido de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades relacionadas con el cuello uterino, la vagina y en general todo el aparato genital inferior (2,3).

El carcinoma invasor de cuello uterino es raro en el embarazo, su incidencia varia según los diferentes autores, pero se calcula que es de aproximadamente 15 casos por cada 10,000 embarazos. Menos del 1% de las pacientes con cáncer cervicouterino están embarazadas (4).

La etiología de la amenaza de parto pretermino no se conoce con exactitud, sin embargo, existen algunas posibles causas como: Infecciones del tracto urinario (5), anomalías placentarias y uterinas, patología fetal, sobredistención uterina y la vulvovaginitis (5,6). Ésta última algunos autores creen que pudiera ser la más importante (6) y se desarrolla cuando se pierde la barrera entre la cavidad uterina y la vagina, condicionando la entrada de gérmenes de la vagina los cuales colonizan hasta producir una corioamnioitis, bajo este tenor las infecciones favorecerían el parto pretermino a raíz de la síntesis de prostanglandinas, a su vez estimula el trabajo de parto. La producción de prostanglandinas E2 y F2 alfa por el amnios humano puede estimularse con endotoxinas bacterianas, las concentraciones de estas endotoxinas en el líquido amniótico de casos con ruptura prematura de membranas son más altas (7).

El inicio de la contracción del músculo liso empieza con potenciales de acción en las fibras musculares, éstas desencadenan corrientes eléctricas que difunden hacia el interior de la fibra, donde liberan iones de calcio del retículo sarcoplásmico hacia el citosol, una vez que el calcio se encuentra libre se une rápidamente a la calmodulina, activando la cinasa, con la fosforilación de la cadena ligera de miosina se libera la interacción de ésta con la actina. La acumulación y liberación de calcio depende de las cifras de AMPc intracelulares.

Casi el 33% de los nacimientos pretérmino ocurren con ruptura prematura de membranas (9). En algunos casos, el trabajo de parto sigue a la ruptura, mientras en otros está indicado el nacimiento pretermino a causa de infección u otra complicación del embarazo. Es frecuente que se desconozca si la hiperactividad uterina o dilatación cervical prematuras origina también la ruptura de las membranas amnióticas, sin embargo, hay datos considerables de que la infección bacteriana del corion o parte inferior del aparato reproductivo podría ser factor causante de la ruptura prematura de membranas y como consecuente parto pretérmino. (10,11)

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON RIESGO:

Se incluyen entre ellos factores socioeconómicos, ya que se ha observado mayor riesgo en mujeres de estatus bajo; la edad materna menor de 20 años y mayor de 40; los antecedentes como abortos, pielonefritis, malformaciones uterinas; infecciones vaginales incluyendo infección por virus del papiloma humano; hábitos como el trabajo fuera del hogar, tabaquismo; Características propias del embarazo como cervix corto u orificio cervical interno abierto, irritabilidad uterina, placenta previa, polihidramnios, embarazo gemelar, cirugía abdominal. Otra forma de detectar pacientes con gran riesgo de desarrollar parto pretermino es la de determinar los niveles de fibronectina fetal vaginal.(2,5,9,12,)

Síntomas que indiquen trabajo de parto pretermino(amenaza de parto pretermino): dolor abdominal hipogástrico o lumbar constante o tipo cólico, flujo vaginal o pérdidas transvaginales, contracciones uterinas perceptibles aunque no sean dolorosas.(2,5,9)

Diagnóstico de trabajo de parto pretermino establecido: actividad uterina, dilatación y borramiento cervical (2,5)

El tratamiento de las infecciones vaginales debe ser la medida preventiva más importante, dado que las mujeres con vaginitis son propensas a desarrollar infecciones intraamnióticas, se recomienda la utilización de un estudio colposcópico de éstas pacientes para evaluar la cervicitis o vaginitis y dar tratamiento inmediato. (,3,4,9)

JUSTIFICACIÓN

La amenaza de parto pretérmino es la principal causa de ingreso en el servicio de perinatología del Hospital General de México, representa un problema importante, que se asocia con un alto índice de morbilidad perinatal, relacionada en forma importante con datos de vulvovaginitis(4,5).

Para dar un tratamiento adecuado de estas pacientes, se deben realizar diagnósticos precisos. Se debe realizar un estudio colposcópico al observar a una paciente con amenaza de parto pretermino y con datos de cervicovaginitis.(3)

El frotis anormal durante el embarazo se presenta hasta en el 5% de las pacientes embarazadas.(2,4,5,6)

Disminuir la incidencia de prematuridad podría tener un impacto en la morbilidad perinatal (5)

Se realiza el siguiente trabajo en virtud de que existen pocos trabajos que hablen específicamente de hallazgos colposcópicos en pacientes con amenaza de parto pretermino.

HIPÓTESIS

La principal causa de ingreso al servicio de embarazo de alto riesgo es la amenaza de parto pretermino.

La principal causa de la amenaza de parto pretermino es la presencia de vulvovaginitis (que se puede diagnosticar en pacientes asintomáticas).

Las pacientes con amenaza de parto pretermino presentan lesiones (procesos inflamatorios e infecciosos) en estudios colposcópicos en el 80% de los casos.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL.

Identificar y describir los principales hallazgos colposc6picos en pacientes con amenaza de parto pretermino.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- 1.- Conocer la patologfa encontrada a trav6s de la colposcopia de las pacientes con amenaza de parto pretermino
- 2.- Determinar el rango de edad materna y gestacional en el que se presenta la amenaza de parto pretermino.
3. - Establecer si la amenaza de parto pretermino asociadas a vulvovaginitis es m6s frecuente en primigr6vidas, o en multigr6vidas.
4. - Conocer cual es el rango de semanas de gesti6n en la que presenta la amenaza de parto pretermino

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal del 31 de septiembre de 1998 al 01 de octubre del 2000, en las pacientes hospitalizadas en el servicio de perinatología del Hospital General de México, con diagnóstico de amenaza de parto pretermino a las cuales se les realizó un estudio colposcópico durante su estancia hospitalaria.

De los datos obtenidos del departamento de estadística, se recopilaron los expedientes clínicos, de estas pacientes se escogieron a las que se les realizó estudio colposcópico, determinando: Fecha de ingreso, número de expediente, edad, (se distribuyeron grupos etáreos divididos en quinquenios de acuerdo al rango de vida reproductiva), número de embarazos, partos previos, abortos, cesáreas, semanas de gestación en la que se presentó la amenaza de parto pretermino, dividiendo en grupos representativos de 4 semanas a partir de la semana 20 y hasta la semana 36.6, enfermedades infecciosas agregadas a la amenaza de parto pretermino específicamente infección de vías urinarias, vulvovaginitis sintomática, enfermedades no infecciosas relacionadas o no a la amenaza de parto pretermino.

Posteriormente se hicieron referencias de los hallazgos colposcópicos de estas pacientes refiriendo el tipo de cervix de acuerdo al trofismo; en hipotrófico, eutrófico e hipertrófico, si la colposcopia fue o no satisfactoria, la presencia de eversión glandular, la existencia de datos compatibles a una vaginitis, datos de micosis, lesiones sugerentes a infección por virus del papiloma humano, se corroboraron dichas lesiones a través del resultado de biopsia tomada en ese momento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes del sexo femenino de cualquier edad con un embarazo mayor a 20 semanas y menor a 37, hospitalizadas en el servicio de perinatología del 30 de septiembre de 1998 al 01 de octubre del 2000, con el diagnóstico de amenaza de parto pretermino o trabajo de parto pretermino establecido, a las cuales se les halla realizado un estudio colposcópico por presentar datos de vulvovaginitis

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes sin expediente

Pacientes con expediente incompleto

Pacientes a las que por lo menos en un año se les halla realizado estudio colposcópico

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Pacientes con amenaza de parto pretermino, a las que no se les halla tomado colposcopia.

Pacientes con ruptura de membranas.

Pacientes en trabajo de parto establecido.

RESULTADOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Del 30 de Septiembre de 1998 al 01 de Octubre del año 2000 se ingresaron al servicio de perinatología del Hospital General de México a 182 pacientes con el diagnóstico de amenaza de parto pretermino de las cuales se les realizó estudio colposcópico a 124 motivo de inclusión para este estudio (100%), a 38 no se les incluyo por no haberles realizado colposcopia y a 20 se les excluyo por no tener expediente o tenerlo incompleto.

(Gráfica 1)

EDAD

El rango de edad se estableció de los 14 a los 41 años, con una distribución de edad por quinquenios: de menos de 15 años 2 pacientes (1.6%); de 15 a 19 años 31 pacientes (24%); de 20 a 24 años 37 pacientes (29.8%); de 25 a 29 años 32 pacientes (25.8%); de 30 a 34 años 11 pacientes (8.8%); de 35 a 39 años 9 pacientes (7.2%), más de 40 años 2 pacientes.(1.6%) (Gráfica 2)

GRAVIDEZ

De acuerdo a la gravidez, se incluyeron 41 pacientes primigrávidas (33%), 40 pacientes grávidas dos (32.2%), 22 pacientes grávidas tres (17.7%); 12 pacientes grávidas 4 (9.6%); y 9 pacientes con gravidez mayor a 5 (4%), con un rango de gravidez hasta de diez.

(Grafica 3)

SEMANAS DE GESTACIÓN

La amenaza de parto pretermino se presentó en las pacientes estudiadas de la semana 20 a la semana 23.6 en 5 casos (4%), de la semana 24 a la semana 27.6 en 10 casos (8%), de la semana 28 a la semana 31.6 en 37 casos (29.8%), y de la semana 32 a la semana 36 en 72 casos (58%)(Gráfica 4)

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS

CARACTERÍSTICAS CERVICALES

De acuerdo a los hallazgos colposcópicos se identificaron 8 cervix eutróficos (6.4%), 116 cervix hipertróficos (93.5%) y no hubo cervix hipotróficos (Gráfica 5). 114 pacientes presentaron eversión glandular (91%). A su vez en todos estudios la colposcopia fue satisfactoria (Gráfica 6).

INFECCIONES VAGINALES

Los padecimientos infecciosos encontrados en la colposcopia de estas pacientes estudiadas fueron: en 56 datos sugestivos de infección vaginal bacteriana (45.1%), en 103 pacientes datos de micosis (83%), y en 7 pacientes, la presencia de datos compatibles con infección del virus del papiloma humano (5.6%) (Gráfica 7)

De estas últimas 7 pacientes se corroboraron con resultado de biopsia tomada la existencia de dos pacientes con una lesión intraepitelial de bajo grado de malignidad, y a dos pacientes con lesión intraepitelial de alto grado de malignidad.

PADECIMIENTOS ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

De las pacientes estudiadas se presentaron padecimientos asociados a la amenaza de parto pretermino como el embarazo gemelar en 8 casos (6.4%), trillizos en un caso (0.8%), 6 con polihidramnios (4.8%), 3 con placenta previa (2.4%), infección de vías urinarias en 51 casos (41.1%), y cervicovaginitis sintomática en 51 casos (41.1%) (Gráfica 8)

PADECIMIENTOS NO INFECCIOSOS ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Hay padecimientos no infecciosos que aún han demostrado juegen un papel en la aparición de la amenaza de parto pretermino, presentándose en este estudio dos pacientes diabéticas, una paciente con hipertiroidismo, cinco paciente que presentaron algún tipo de displasia, una paciente con epilepsia, y dos pacientes con enfermedad auto inmune (Gráfica 9).

ANÁLISIS

La amenaza de parto pretermino es una de las causas más frecuentes de internamiento en el departamento de perinatología del Hospital General de México. Protocolariamente se ha designado que a todas estas pacientes se les realice un estudio colposcópico independientemente de que la paciente presente datos de vulvovaginitis. En este estudio se analizan los resultados de los estudios colposcópicos, durante 2 años, de pacientes ingresadas al servicio de perinatología, con diagnóstico de amenaza de parto pretermino, de un total de 182 pacientes, se incluyeron en este estudio 124.

El rango de edad en la que más frecuentemente se presentó la amenaza de parto pretermino fue inicialmente de 20 a 24 años en un 29.8%, seguida del rango de 25 a 29 años con un 25.8%, que corresponde a la edad reproductiva en la que más embarazos hay en nuestra población, (10,12,13) pero, cabe señalar que en tercer lugar se presenta el rango de edad de los 15 a 19 años con un 24%, casi una cuarta parte de nuestras pacientes en estudio entran en este rango de edad lo que es preocupante ya que aunque biológicamente se encuentran preparadas para la procreación, la mayoría forman un grupo desprotegido en términos sociales, económicos y psicológicos.

En lo que respecta a la paridad, se presentó casi en la misma cantidad, la amenaza de parto pretermino en pacientes, primigrávidas que en las secundigrávidas, en un 33 y 32.2 % respectivamente, observando que disminuye la presentación de esta patología conforme aumenta la cantidad de embarazos. El rango de acuerdo a las semanas de gestación fue de los 32 a las 35.6 con un 58%, seguida del rango de la semana 28 a la 31.6 con un 29.8%.(12,16,17)

En lo que se refiere al resultado del estudio colposcópico de acuerdo al tipo cervical se determinó que el 93.5% presentaron un cervix hipertrófico, y el resto que es 6.5% un cervix eutrófico. Resulta que el 100% de las colposcopias resultaron satisfactorias, esto aunado a que diferentes autores describen que la colposcopia durante el embarazo es segura, nos hace pensar que el embarazo aumenta la confiabilidad de este estudio. Muchos investigadores recomiendan la colposcopia a todas las embarazadas (2)

Las infecciones vaginales presentes en el estudio fueron de características micóticas en primer lugar con un 83%, comparado con los datos de vaginitis bacterias y/o infestaciones con un 45% y finalmente con un 5.6% de lesiones colposcópicas correspondiente a infección del virus del papiloma humano. (3,5,10,11,12)

Las lesiones que predominan en los estudios colposcópicos realizados son del tipo de la vulvovaginitis candidiásica, sin embargo, se relaciona más comúnmente a la patología de este problema a organismos que son capaces de producir vaginosis bacteriana, con aumento de la secreción vaginal, denotado por escurrimiento genital anormal, sin signos de inflamación clínica, la vaginosis se denomina bacteriana por la ausencia de hongos y parásitos como causa del *síndrome*. Se presenta un aumento de anaerobios y anaerobios obligados: *Gardnerella* y *Mycoplasmae*, Los anaerobios predominantes son *bacteroides*, *Peptostreptococcus* y *Mobiluncus*.

Otro gérmenes que pueden producir vaginitis encontrados en la literatura son: *Trichomonas vaginalis*, grupos B estreptocócico, *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*(5,6), presentándose en segundo plano las micosis ((1,3,10,11,12,21)

Existe una discrepancia entre las pacientes que clínicamente manifestaron sintomatología de infección vaginal que fue del 41.1% y en las que se encontraron datos de vaginitis colposcópicamente que representan el 45%, o sea que el 3.9% de las pacientes negaron tener sintomatología de infección vaginal, pero se les encontraron datos de dicha entidad, colposcópicamente. Inicialmente el estudio colposcópico está diseñado para el diagnóstico de lesiones precursoras de malignidad, sin embargo, existe una tendencia a realizar colposcopia en forma cotidiana a las pacientes embarazadas ya que se pueden detectar vulvovaginitis asintomáticas y poder sospechar cual es su agente causal (13, 15, 16, 17), de acuerdo a los hallazgos colposcópicos.

Del 5.6% de pacientes que mostraron lesiones correspondientes a datos de infección por el virus del papiloma humano, el 4% fue demostrable mediante estudio histopatológico; presentando en 2 casos que es el 1.6%, lesión intraepitelial de bajo grado de malignidad, y en otras 2 pacientes, en un porcentaje también del 1.6% lesión de alto grado de malignidad esto muestra un enfoque diferente a lo referido en la literatura, donde se reporta la incidencia de lesiones del 0.93%, haciendo hincapié además de que por lo general una paciente con cáncer en etapa avanzada o grave del cuello uterino no se embaraza, el cáncer invasor rara vez se presenta y, en su caso, suele estar en una etapa temprana(2,6)

Sin embargo, en contraparte algunos autores mencionan que el hecho de demostrar lesiones con algún grado de malignidad pone en duda el que se realice un estudio colposcópico, ya que diferentes autores han demostrado que tiene el mismo impacto estadístico la utilización de este método a todas las embarazadas comparada con la realización de colposcopia de pacientes embarazadas con tinción de Papanicolau de frotis cervical anormal(11)

Las enfermedades asociadas a la amenaza de parto pretermino guardaron relación a la referido a la literatura siendo la infección de vías urinarias y la cervicovaginitis sintomática los principales padecimientos, se presentaron además 8 embarazos gemelares, un embarazo trillizo, 6 polihidramnios y 3 pacientes con placenta previa. (4,10,11;13)

Se presentaron varias enfermedades en la que no se ha demostrado una participación en la etiología de la amenaza de parto pretermino y que en este estudio tampoco tuvo una relevancia estadística significativa como diabetes mellitus, hipertiroidismo, epilepsia y enfermedades auto inmunes, se incluyen también 5 pacientes con lesión intraepitelial, aunque se asocian a infección por virus del papiloma humano, la displasia no es considerada como enfermedad infecciosa.

CONCLUSIONES

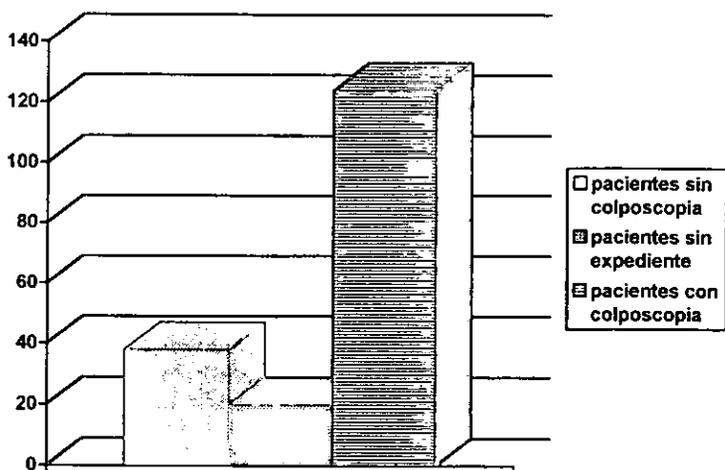
A pesar de que periódicamente aparecen nuevos tratamientos tocolíticos y medicamentos antimicrobianos que se utilizan en la amenaza de parto pretermino, sigue siendo más importante implementar tratamientos profilácticos o tempranos a las posibles causas que desencadenan esta patología (10,11,12,). Los resultados de este estudio nos muestran un sentido general que este problema afecta a nuestra población, siendo que en el rango de edades que presentan amenaza de parto pretermino fueron, en términos generales, los mismos de las pacientes embarazadas sin patología. Así mismo se observa más frecuentemente la aparición de la amenaza de parto pretermino en las semanas cercanas al término de la gestación. La relación asociada de otras enfermedades que pueden desarrollar dicha patología como la infección de vías urinarias o la vulvovaginitis sintomática se observó de igual forma en las pacientes de este estudio en comparación a lo referido en la literatura (1,3,4,10,11,12,).

La colposcopia además de ser un estudio inocuo en el embarazo, es realmente útil en este periodo ya que dadas las características del cuello uterino que de por sí se presentan en el embarazo como el que sea hipertrófico, hacen que la colposcopia sea siempre satisfactoria, además de que se pueden detectar infecciones vaginales asintomáticas, y sospechar su agente causal, sin dejar de mencionar su función primordial que es la de detectar lesiones sugerentes o sospechosos de malignidad, por lo que no solo se recomendaría en pacientes con resultado de Papanicolaou anormal o en amenaza de parto pretermino, sino en todas las mujeres embarazadas.(10,16,17)

El impacto que tenga realizar estudio colposcópico en relación de la semana de gestación en que culmina una amenaza de parto pretermino tendrá que ser valorada en nuevos estudios.

ANEXOS

Grafica 1. Pacientes con amenaza de parto pretermino



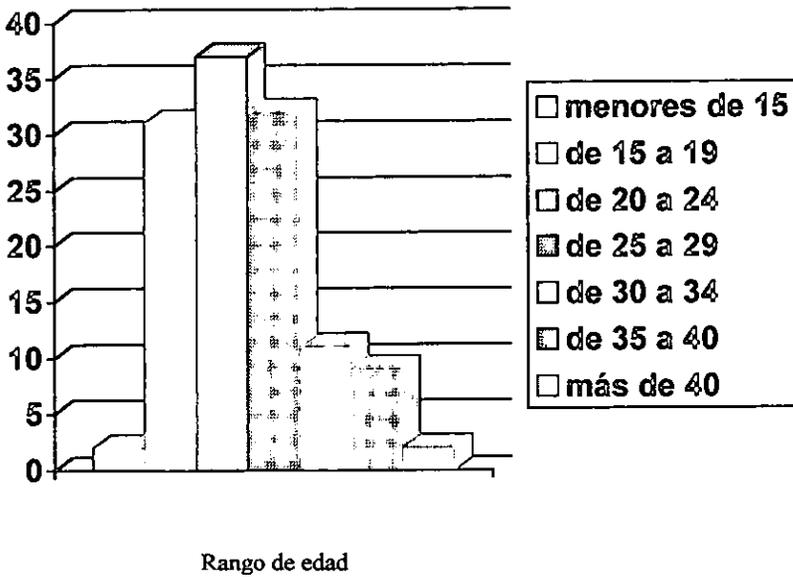
Pacientes internadas con diagnóstico de amenaza de parto pretermino

n = 124

Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia, Unidad 112. del Hospital General de México

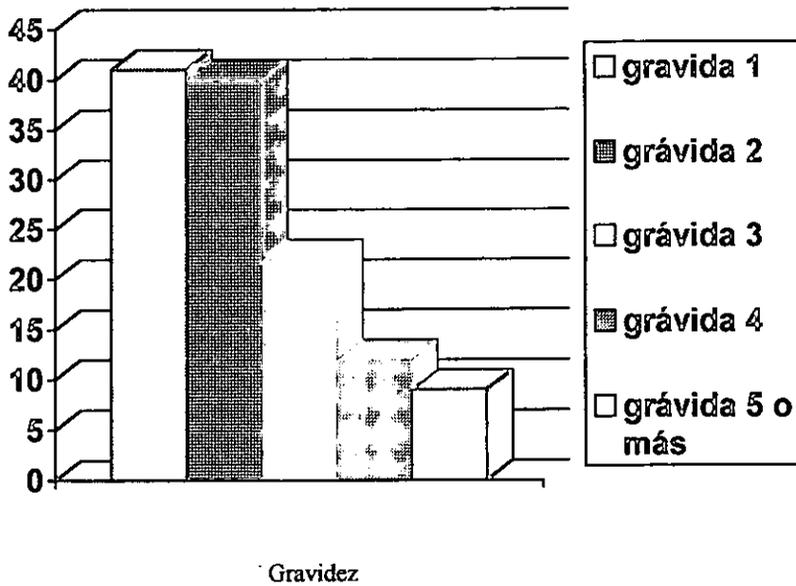
Grafica 2. Distribución por grupos etareos.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



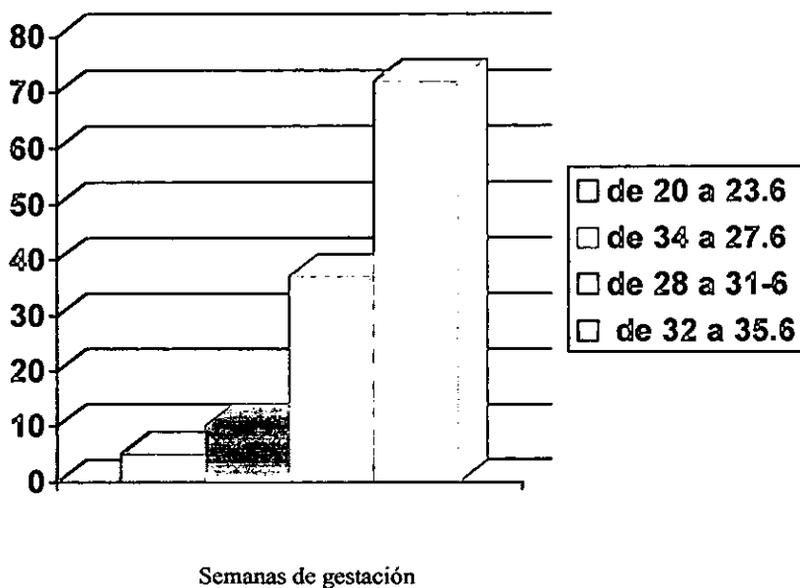
Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia,
Unidad 112. del Hospital General de México

Gráfica 3. Número de embarazos.



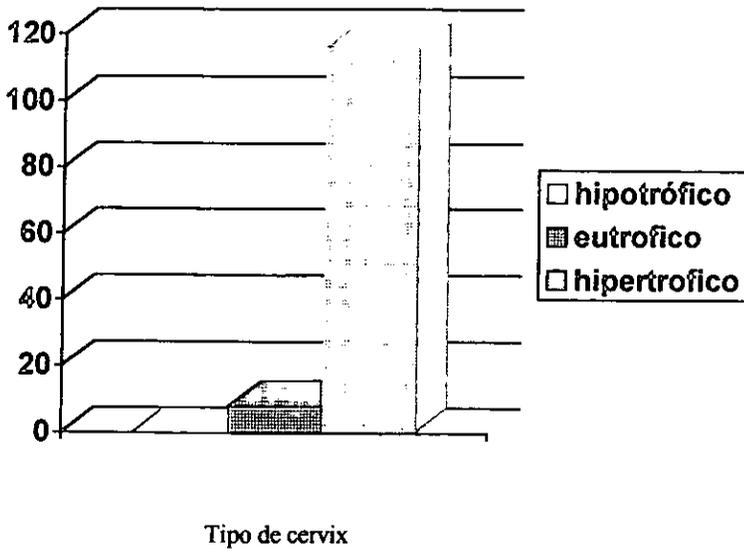
Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia,
Unidad 112. del Hospital General de México

Gráfica 4. Rangos de edad de gestación.



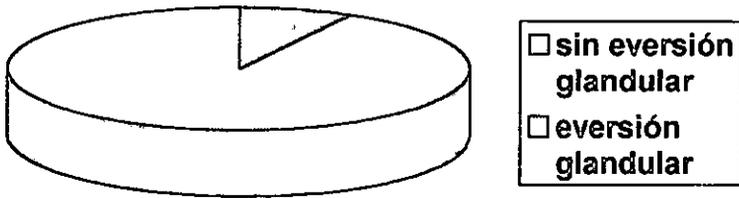
Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia,
Unidad 112. del Hospital General de México

Gráfica 5. Características cervicales.



Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia,
Unidad 112. del Hospital General de México

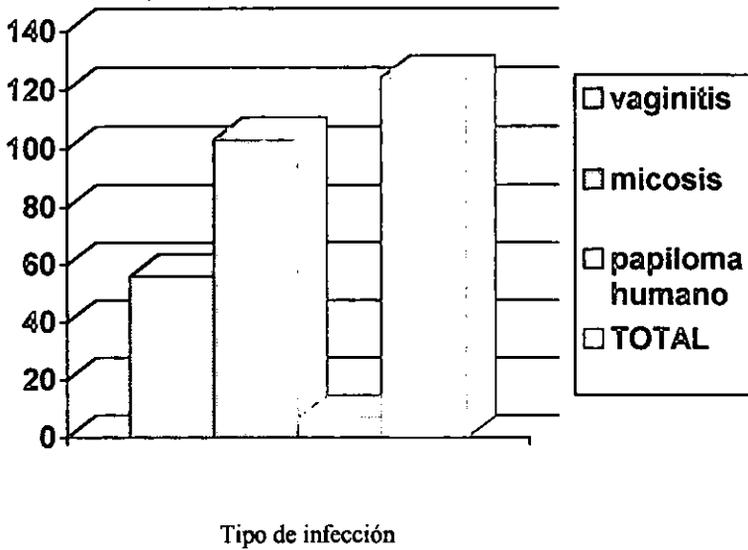
Gráfica 6. eversión glandular



n = 124

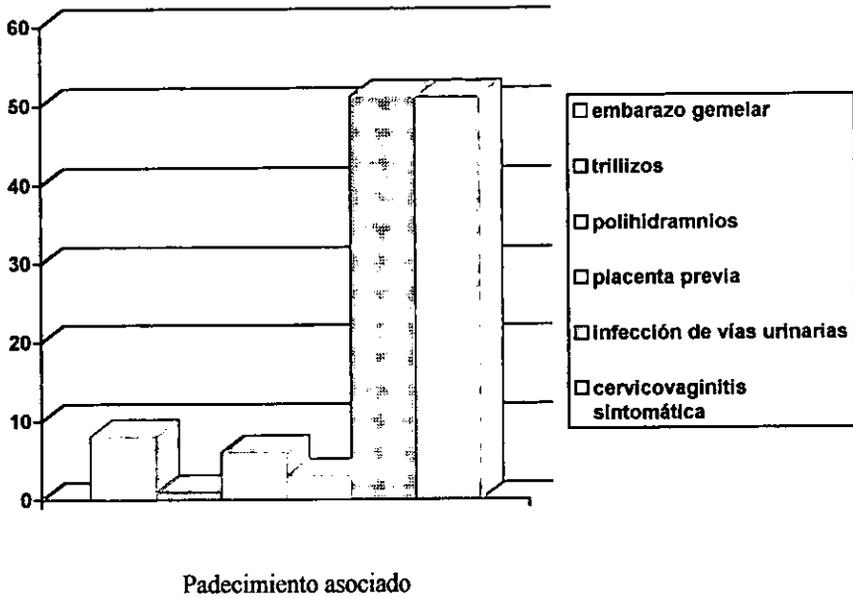
Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia,
Unidad 112. del Hospital General de México

Gráfica 7. Infecciones vaginales detectadas colposcópicamente



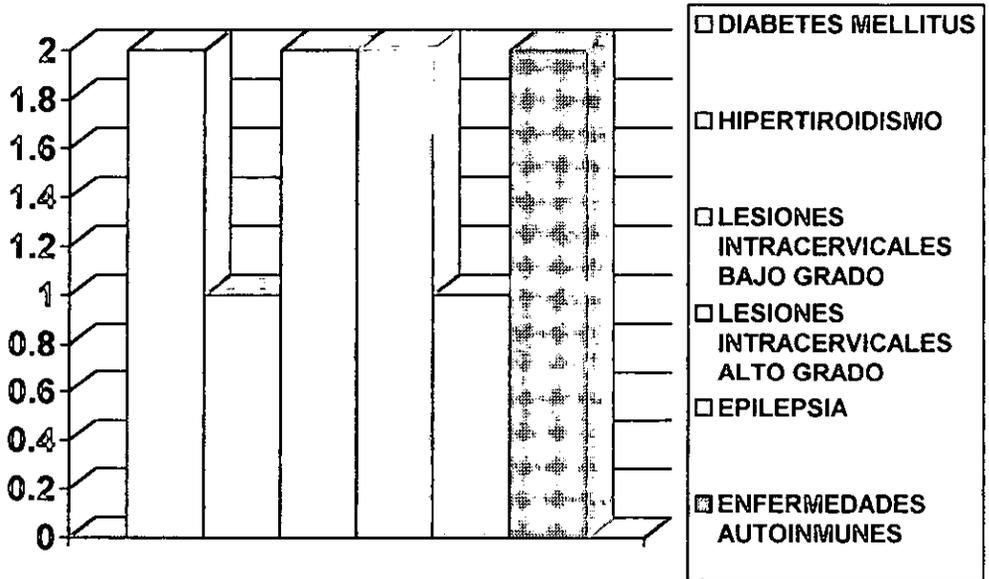
Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia, Unidad 112. del Hospital General de México

Gráfica 8. Padecimientos asociados a la amenaza de parto pretérmino



Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia, Unidad 112. del Hospital General de México.

Gráfica 9. Padecimientos no infecciosos asociados a la amenaza de parto pretermino



Padecimiento asociado

Base de datos: Expedientes del archivo del departamento de Ginecología y Obstetricia,
Unidad 112. del Hospital General de México

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias F, et al: Guía Práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. España. , Edit. Mosby.2ª ed. 1994. pp: 70-100.
2. Michael J. Campion T. et al: clínicas de Ginecología y Obstetricia "Colposcopia en el embarazo" México DF. , Interamericana Mc Graw Hill, 1993, pp: 145-54
3. Lewis R; Mercer BM. "Adjunctive care of preterm labor-the use of antibiotics" Clin Obstet Gynecol 1995 Dec;38(4): p755-70.
4. Lieberman RW;Henry MR;Laskin WB; Walenga J; Buckner SB; O'Connor DM. "Coloscopy in pregnancy: directed brush cytology compared with cervical biopsy" Obstet Gynecol 1999 Aug;94(2): p198-203.
5. Williams. E., et al. Obstetricia. México D. F., Edit. Mason. 4a ed. 1996, pp: 839-53.
6. Roush W, et al. "Guarding against premature brith". Science 1996, Jan 12;271(%246): p139-40
7. Robert L Goldenberg, M.D., et.al. "The Preterm Prediction Study: Fetal Fibronectin, Bacterial Vaginosis, and Peripartum Infection" Obstet Gynecol 1996 May; 87(5Pt 1): p556-60.
8. Fari. A., et al. "Infecciones vaginales, específicas en la mujer embarazada". Enciclopedia Médico Quirúrgica 1992 Vol. 2, Tomo 1,pp: 1-11.
9. Danfort. D. N. et al. Tratado de Ginecología y Obstetricia. México D. F., Edit. Interamericana. 6ª ed.1990, pp: 349-368.
10. Hillier SL; Krohn MA; Cassen E; Easterling Tr;Rabe LK; Eschenbach DA " The role of bacterial vaginosis and vaginal bacteria in amniotic fluid infection in women in preterm labor with intact fetal membranes" Clin Infect Dis 1995 Jun;20 Suppl 2:S276-8.
11. Klebanoff MA; Regan JA; Rao AV; Nugent RP; Blackwelder WC; EschenBACH da; Pastorek JG 2nd; Williams S; Gibbs RS; Carey JC." Outcome of the Vaginal Infections and Prematurity Study: results of a cilinical trial of erythromycin among pregnant women colonized with group B streptococci" Am J Obstet Gynecol 1995 May; 172(5):p1540-5.

12. Meis PJ; Goldenberg RL; Mercer B; Moawad A; Das A; McNellis D; Johnson F; Iams JD; Thom E; Andrews WW. "The preterm prediction study: significance of vaginal infections. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network" *Am J Obstet Gynecol* 1995 Oct;173(4):p1231-5.
13. Baldauf JJ; Dreyfus M; Ritter J; Meyer P; Philippe E. "Cervicography: Does it improve cervical cancer screening?" *Acta Cytol* 1997 Mar-Apr;p295-301.
14. Dexeus S. Mc Fadyen I. et al. *Patología obstetrica*. Barcelona, España, Edit. Salvat, Vol 2, 1987, pp:115 121.
15. Kashimura M; Matsuura Y; Shinohara M; Baba S; Obara K;. "Comparative study of cytology and punch biopsy in cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy. A preliminary report." *Acta Cytol* 1991 Jan-Feb;35(1):p100-4-
16. McCord ML; Stovall TG;Meric JL; Summitt RL Jr; Coleman SA. "Cervical cytology: a randomized comparison of four sampling methods" *Am J Gynecol* 1992 Jun; 166(6 Pt 1): p1772-7; discussion 1777-9.
17. Benedet JL; Selke PA; et. al "Colposcopic evaluation of abnormal Papanicolau smears in pregnancy" *Am J Obstet Gynecol* 1987 Oct: 157(4Pt1): p 932-7.
18. Campion MJ, et al " Colposcopy in pregnancy" *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993 Mar; 20(1): p 153-63
19. Schwarcz R. Et al: *Obstetricia*. Argentina, Edit. El Ateneo, 4ª ed. 1986 pp. 194 204.
20. Fiorelli S. Et al: *Complicaciones Médicas en el embarazo*. México Edit. Mc Graw Hill Interamericana. 1ª ed. 1996, pp 252-60
21. Manoj K. Biswas M. D. " Vaginosis Bacteriana" Tulane University School of Medicine, New Orleans, Louisiana. *Clin Obstetric Gin*, 1993, Vol 1 pp165-83