

11217 73

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
MÉXICO.**

2001

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSTGRADO EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE".
I.S.S.S.T.E.**

**"EL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL
REGIONAL 1° DE OTUBRE; INCIDENCIAS, CAUSAS Y
CONSECUENCIAS"**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JAVIER VERA MORALES.**

**AUTOR:
DRA. BLANCA CELIA LIRA MANDUJANO.**

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

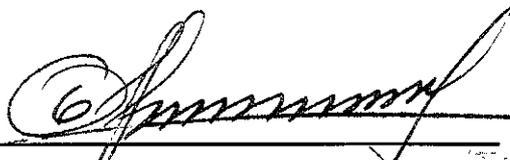


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

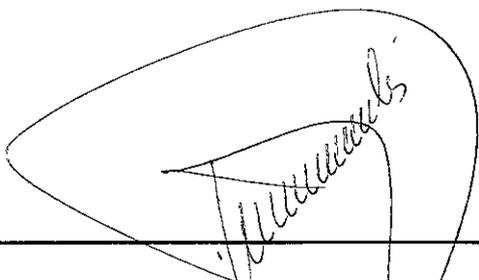
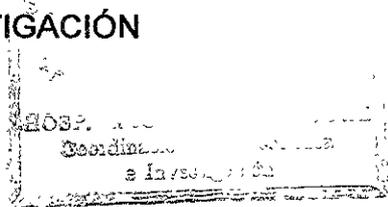
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

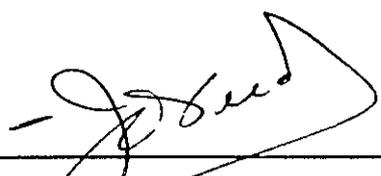
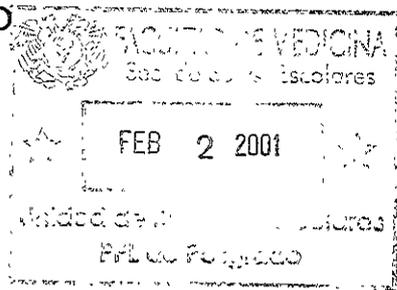
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
H.R. "1° DE OCTUBRE"



DR. JULIÁN COVARRUBIAS DE LA MOTA
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO
H.R. "1° DE OCTUBRE".



DR. JAVIER VERA MORALES
JEFE DE PERINATOLOGÍA
ASESOR DE TESIS
H.R. "1° DE OCTUBRE".

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS.....

POR DEJARME SER.

A MIS PADRES

POR SABER GUIARME.

A RAÚL.....

MI ESPOSO, A QUIEN AMO PROFUNDAMENTE.

A MI HIJO....

A QUIEN ESPERO CON ANSIAS.

A ESPERANZA Y JORGE (†)....

PORQUE LO MERECE

A MIS HERMANOS.....

PORQUE HAN LLENADO MI VIDA

.....A MITZI, CHRISTOPHER, ANA KAREN Y SAMUEL.

CONTENIDO:

| | |
|-------------------------|----|
| Resumen..... | 1 |
| Summary..... | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Material y Métodos..... | 6 |
| Resultados..... | 7 |
| Discusión..... | 9 |
| Gráficas..... | 10 |
| Bibliografía..... | 11 |

RESUMEN:

El trabajo de parto pretérmino se presenta de las semanas 28 a la 37 de la gestación caracterizado por actividad uterina, modificaciones cervicales pero con membranas íntegras. Se han determinado múltiples factores tanto maternos como fetales, pero se ha dado gran importancia a la presencia de infecciones del tracto genitourinario. Entre los patógenos más frecuentes están la Cándida albicans, E.coli, Gardnerella y Trichomonas. El impacto de esta patología está dada por el efecto devastador que puede llegar a presentar en los recién nacidos.

Material y Métodos: se estudiaron 100 pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del H.R. "1° DE octubre", que presentaron trabajo de parto pretérmino, se corroboró edad gestacional tanto física como clínicamente mediante ultrasonografía. Se realiza RTCG para corroborar actividad uterina. Los estudios de laboratorio de rutina incluyeron BH, QS, EGO, y posteriormente Urocultivo y cultivo de secreción vaginal.

Resultados: se estudiaron 100 pacientes que presentaban trabajo de parto pretérmino, con actividad uterina, modificaciones cervicales y membranas íntactas, se formó un grupo control de pacientes entre las 28 y 37 semanas de la gestación que acudieron a revisión, con antecedentes de infección de vías urinarias de repetición, dolor abdominal sin corroborar actividad encontrando 65 pacientes (65%) sin modificaciones cervicales, 23 pacientes (23%) con dilatación menor de 3 cm, 7 pacientes (7%) con 3-5 cm de dilatación y 5 pacientes (5%) con

más de 5 cm. Se encontraron 11 pacientes con 28-29 sdg, 13 pacientes con 30-31 sdg, 32 pacientes con 32-33 sdg, 31 pacientes con 34-35 sdg, y 13 pacientes con 36-37 sdg.

A las pacientes en quienes se encontró infección de vías urinarias mediante el EGO y corroborado por el Urocultivo fueron un total de 66 pacientes y 34 pacientes libres de infección. La principal causa de parto pretérmino fueron las infecciones genitourinarias, seguidas de cervicovaginitis, actividad física intensa y alteraciones metabólicas. El patógeno más frecuente fue la *Cándida albicans*, seguido de la *E.coli* y *Gardnerella*.

SUMMARY:

Preterm Labour is when the woman presents 28-37 weeks of pregnancy, and cervix is modified. There are many factors but both, due to mother and fetus are the more important, but the risk arise with urinary infection. More frequent patogenous is *Candida albicans*, *E. coli*, *Gardnerella* and *Trichomonas*. The risk of this pathology are consequences on the new born.

One hundred women admitted on Department of Obstetrics and Gynewcology of the "H.R. 1º de Octubre", ISSSTE, was studied. They had preterm labour, the weeks of pregnancy was corroborated both, phisics exam and by ultrasonographic test. RCTG was made, to corroborate preterm labour. Test laboratory include BH, QS, EGO and posteriority urine cultive and vaginal cultive.

One hundred women with preterm labour was studied, with dilation of the cervix. Control group with patients in 28-37 weeks of pregnancy was observed, with a history of urinary infections and abdominal pain, without labour. Was encountred 65 patients (65%) without dilation, 23 (23%) with dilation under 3 cm, 7 (7%) patients between 3-5 cm of dilation and (5%) patients with more of 5 cm. 11 patients with 28-29 weeks of pregnancy, 13 patients with 30-31 weeks of pregnancy, 32 patients with 32-33 weeks of pregnancy, 31 patients with 34-35 weeks of pregnancy.

Patients who had urinary infection corroborrated by EGO and urine cultive was 66 patients and 34 patientes was free of infection. Principal cause of preterm labour was urinary infection, cervicovaginitis, phisics activity and metabolic illness. The more frequent patogenous was *Candida albicans*, *E. coli*, *Gardnerella* and *Trichomonas*.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto pretérmino es aquel que se presenta en la pacientes embarazadas entre las 28 y 37 semanas de gestación, caracterizado por la presencia de actividad uterina, modificaciones cervicales. Las semanas de gestación pueden determinarse a partir de la FUR (fecha de última regla) de la madre, mediante los datos clínicos, ecografía y exploración física del recién nacido.(1)

El trabajo de parto pretérmino se presenta con mayor frecuencia secundario a infecciones del tracto genital, la incidencia varía de acuerdo al nivel socioeconómico de cada paciente. En nuestro medio los patógenos más frecuentes son la *Gardnerella*, *Cándida albicans*, *Trichomonas*, *Chlamydia*. Existen otras causas de parto pretérmino, determinadas como maternas u obstétricas y fetales.(2)

La morbilidad y mortalidad materna a consecuencia del trabajo de parto pretérmino es rara. En contraste, la morbilidad y mortalidad neonatal ascienden en forma importante teniendo gran impacto sobre el feto.

La supervivencia neonatal en los niños pretérmino está directamente relacionada con la edad gestacional y el peso al nacer. Los numerosos problemas que puede presentar el recién nacido como consecuencia de haber nacido antes de las 37 semanas de gestación son causa importante de la morbilidad y mortalidad perinatal, pero no corresponde a los fines de este estudio.(3)

Las infecciones maternas fuera del útero son una causa relativamente frecuente de trabajo de parto pretérmino, generalmente del tracto genitourinario; se sugiere que las infecciones pueden originar trabajo de parto anticipado mediante un mecanismo que implica la producción de interleucinas y factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan a su vez la producción de prostaglandinas por el amnios.(4)

Las anomalías placentarias, las anomalías anatómicas del útero, la corioamnionitis, y la patología fetal son otras causas de amenaza de parto pretérmino que sólo se mencionarán en el presente estudio.(5)

La mayoría de las pacientes presentan síntomas precoces que pueden presentarse varios días antes de presentarse las contracciones regulares.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio comparativo, longitudinal, prospectivo, descriptivo, abierto. Los sujetos en estudio son pacientes que ingresan al servicio de Ginecología y Obstetricia del H.R. "1° de Octubre" con trabajo de parto pretérmino, caracterizada por actividad uterina, modificaciones cervicales. Las pacientes del grupo control fueron aquellas con edad gestacional entre las 28 y 37 semanas de gestación, con factores de riesgo y que no presentaron trabajo de parto pretérmino valoradas en la UTQ.

A su ingreso se realizó exámen físico el cual incluyó valoración del FU, actividad uterina, TV identificando modificaciones cervicales. Se solicitó USG para corroborar edad gestacional, inserción y madurez placentaria, características del líquido amniótico, así como para descartar anomalías uterinas y malformaciones en el producto. Se realizó RCTG para corroborar actividad uterina, y se tomaron laboratorios de rutina BH, QS, EGO. Y se programó urocultivo y cultivo de secreción vaginal para determinar infección del tracto genitourinario.

El análisis estadístico se realizó a través de la media aritmética (promedio) representándola en las gráficas de barras y pasteles obtenidas de tablas comparativas. El estudio tuvo una duración de 6 meses.

RESULTADOS:

Se valoraron 100 pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del H.R. 1º DE OCTUBRE, las cuales presentaron trabajo de parto pretérmino y modificaciones cervicales, se formó otro grupo de pacientes que tenían antecedentes de infecciones frecuentes del tracto genitourinario, dolor abdominal sin corroborar actividad uterina. Se descartaron pacientes con ruptura prematura de membranas. Se encontraron 65 pacientes sin modificaciones cervicales, 23 pacientes con menos de 3 cm de dilatación, 7 pacientes con 3-5 cm de dilatación y 5 pacientes con más de 5 cm. Las pacientes con 28-29 sdg fueron 11, 13 con 30-31 sdg, 32 con 32-33 sdg, 31 con 34-35 sdg, y 13 con 36-37 sdg.(Gráfica 1 y 2).

El total de pacientes en quienes se encontró infección de vías urinarias fueron 66 (Gráfica 3 y 4), corroboradas por urocultivo, 16 con presencia de cervicovaginitis y el resto (118 pacientes) se encontraban libres de infección (Gráfica 5 y 6), entre las causas de parto pretérmino fueron la infección de vías urinarias (66 pacientes), cervicovaginitis (16 pacientes), actividad física intensa (8 pacientes), enfermedades metabólicas (7 pacientes), malformaciones fetales (2 pacientes), y otras de causa no determinada (6 pacientes). (Gráfica 7).

Entre los patógenos más frecuentes se encontró a la Cándida albicans, 17 pacientes (48.4%) E. coli con 17 pacientes (25.7%), Gardnerella con 12 pacientes (7,57%), y Trichomonas con 5 pacientes (48.4%).(Gráfica 8 y 9)

Se encontró que las vías de resolución del trabajo de parto fue parto eutócico 50% y cesárea 50% de los casos (Gráfica 10).

No se valoró la incidencia de complicaciones neonatales por considerarse fuera del protocolo de estudio.

DISCUSIÒN:

El trabajo de parto pretèrmino es una patologìa frecuente en el H.R. "1º DE OCTUBRE", siendo de las causas màs frecuentes la infecciòn de vÌas urinarias. Estas se presentan generalmente como eventos repetidos, ya que se producen interleucinas y factores de necrosis tumoral por los macròfagos maternos, que a su vez produciràn prostaglandinas en el amnios, lo que desencadena trabajo de parto pretèrmino.

Existen otras causas como anomalÌas uterinas y fetales, pero su incidencia no es significativa, aunque se mencionan en el presente trabajo. No menos importante son los efectos sobre la morbilidad materna y fetal, ya que cuanto màs severas las complicaciones y menor la edad gestacional, los resultados y el pronòsitoc seràn menos alentadores.

En èste estudio se detectaron como gèrmenes patògenos màs frecuentes la Candida albicans, Gardnerella y Trichomonas, que aunado a la inmunosupresiòn presente en el embarazo propician la recurrencia de èstos eventos.

Las medidas preventivas son tan sencillas que pueden llevarse a cabo en la consulta prenatal, realizando una adecuada exploraciòn fÌsica y apoyados en estudios de laboratorio y gabinete que habitualmente se omiten.

Se espera que con la educaciòn de las pacientes y teniendo un adecuado programa de valoraciòn prenatal en las Unidades de atenciòn primaria, los resultados se reflejarÌan en un aumento de la incidencia de embarazos normoevolutivos, y esta patologìa serÌa poco frecuente y limitado.

GRÁFICA DE PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL

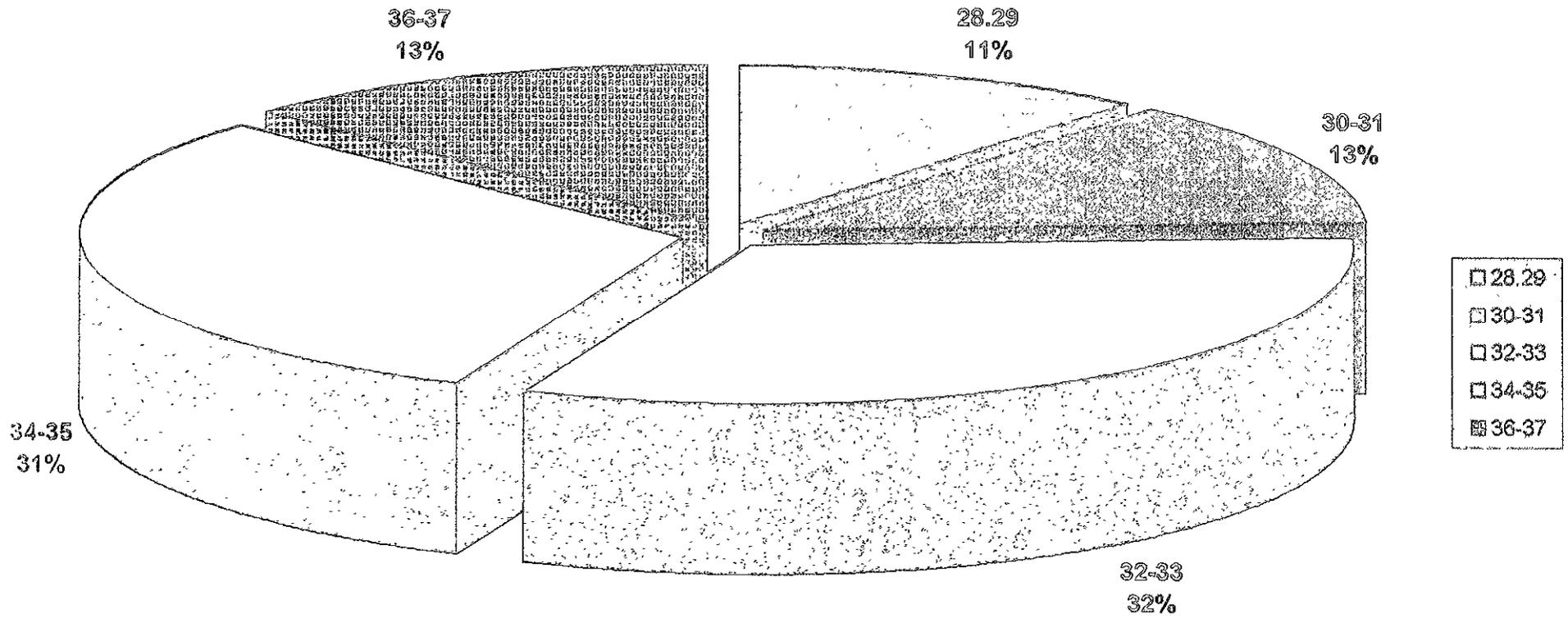


GRAFICO 2

PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL

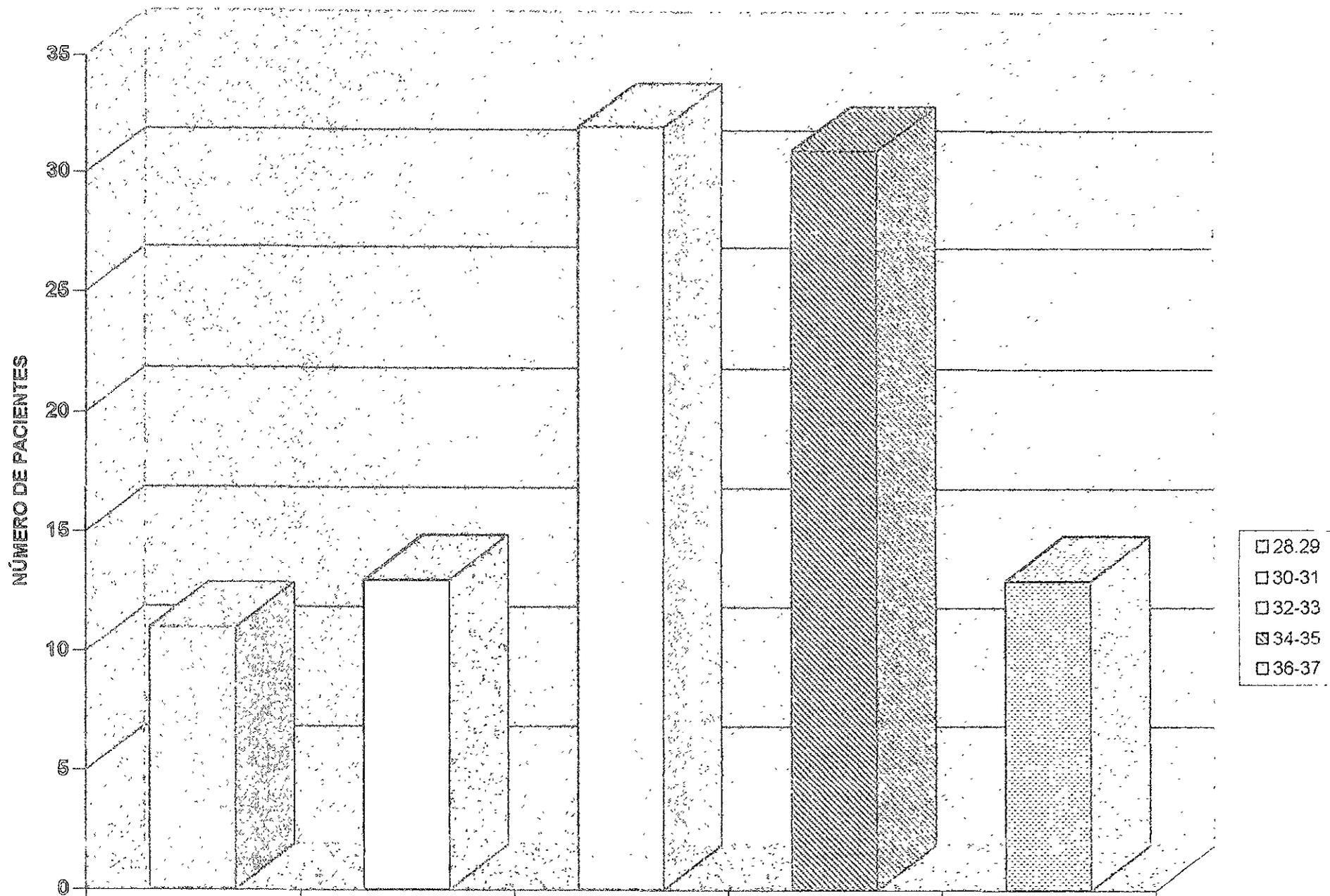


GRAFICO 3

PACIENTES CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

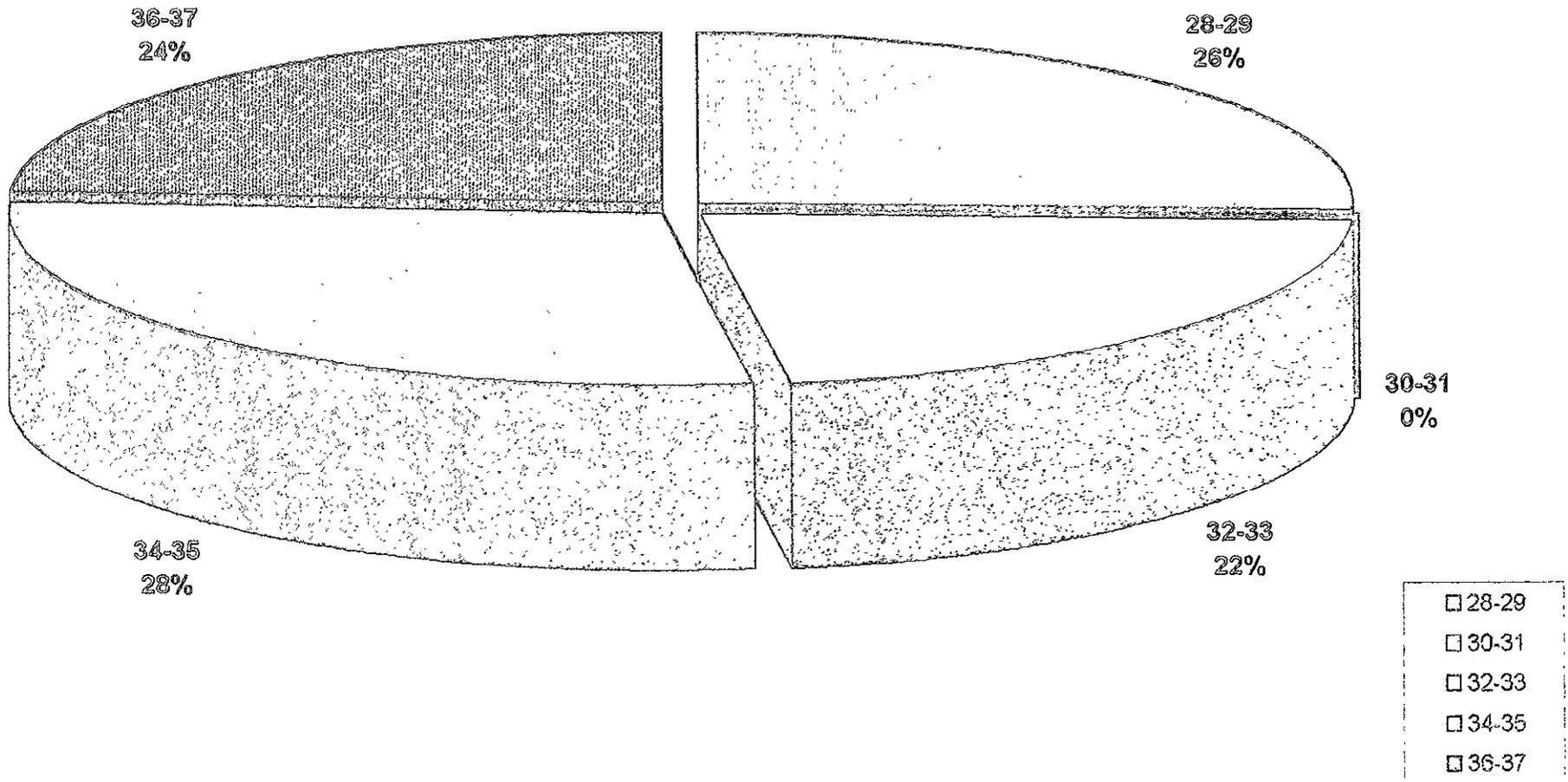
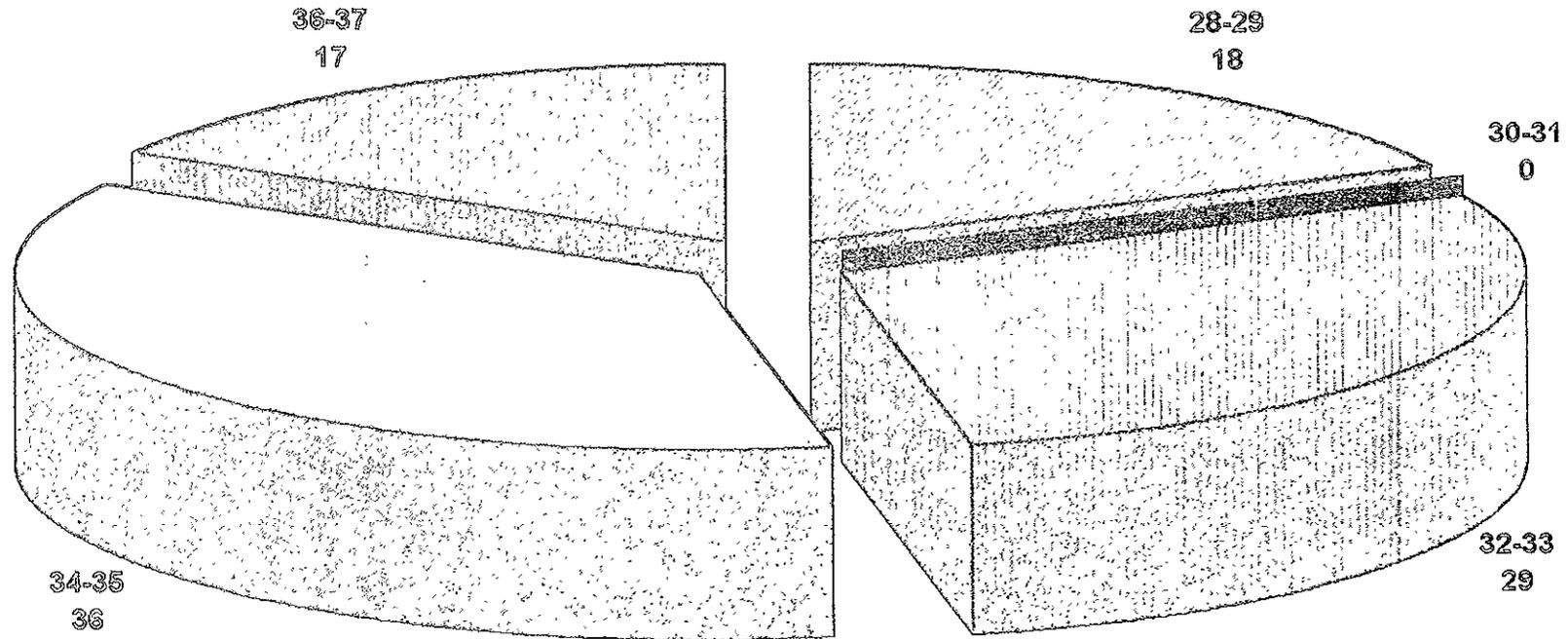


GRAFICO 4

PACIENTES CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS RELACIONADAS CON LA EDAD GESTACIONAL



- 28-29
- 30-31
- 32-33
- 34-35
- 36-37

GRAFICO 5

PACIENTES SIN INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS



GRAFICO 6

PACIENTES SIN INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS RELACIONADAS CON LA EDAD GESTACIONAL

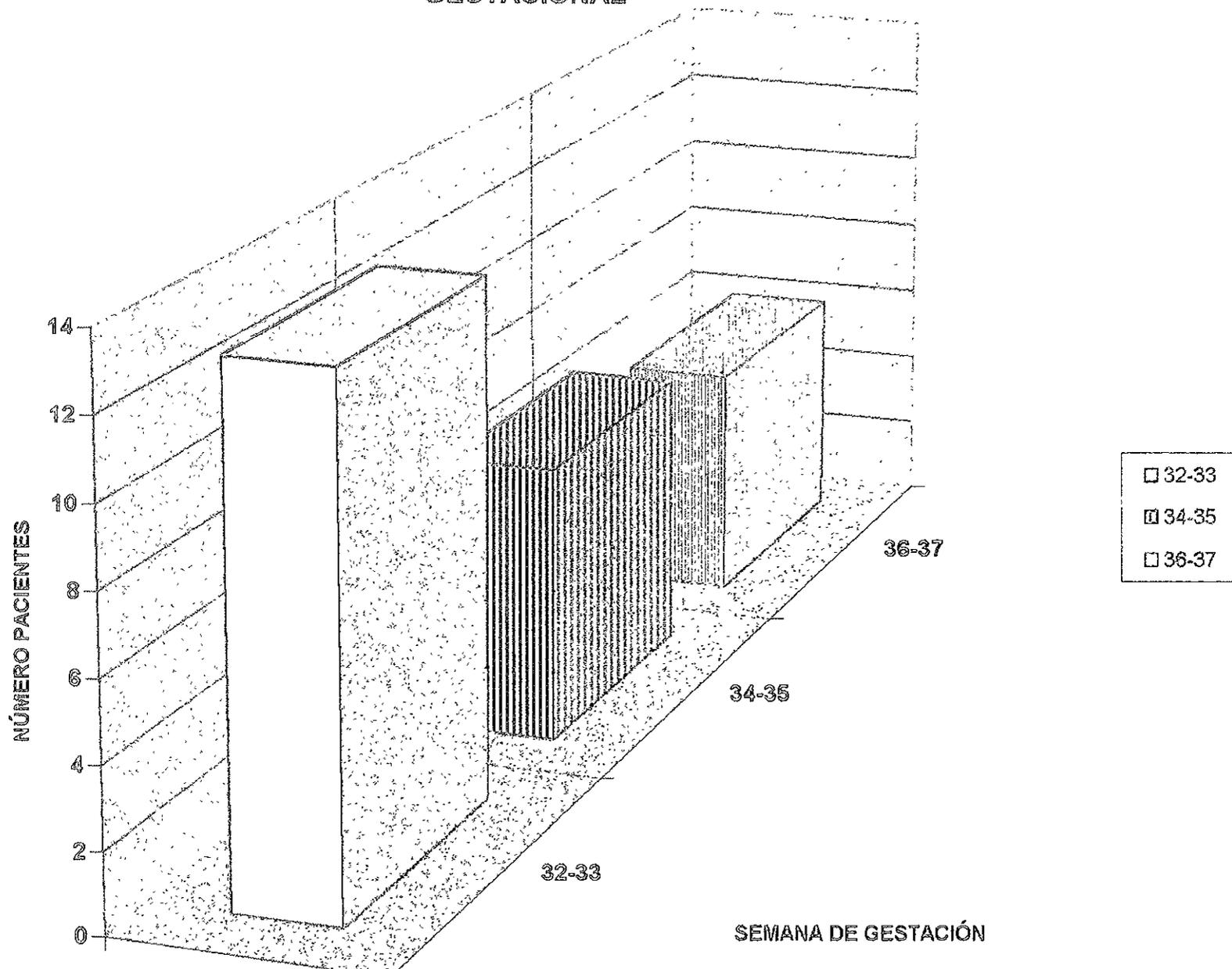
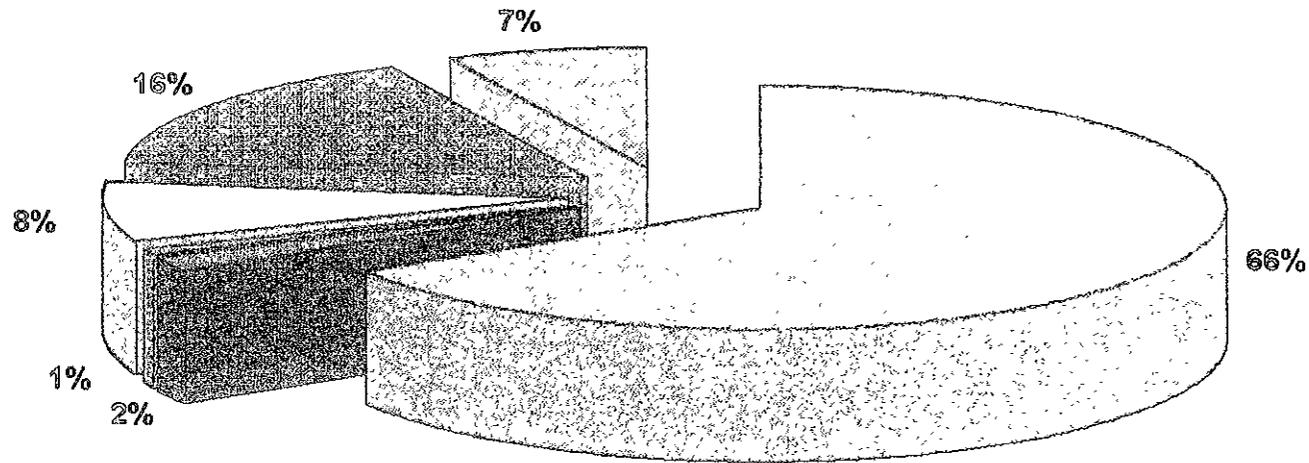


GRAFICO 7

CAUSAS DE PARTO PRETÉRMINO



- IVU
- TRAUMATISMO
- MALFORMACIONES FETALES
- ACTIVIDAD FÍSICA
- CERVICOVAGINITIS
- ALTERACIONES METABÓLICAS

GRAFICO 8

GRÁFICA DE PATÓGENOS ENCONTRADOS CON MÁS FRECUENCIA

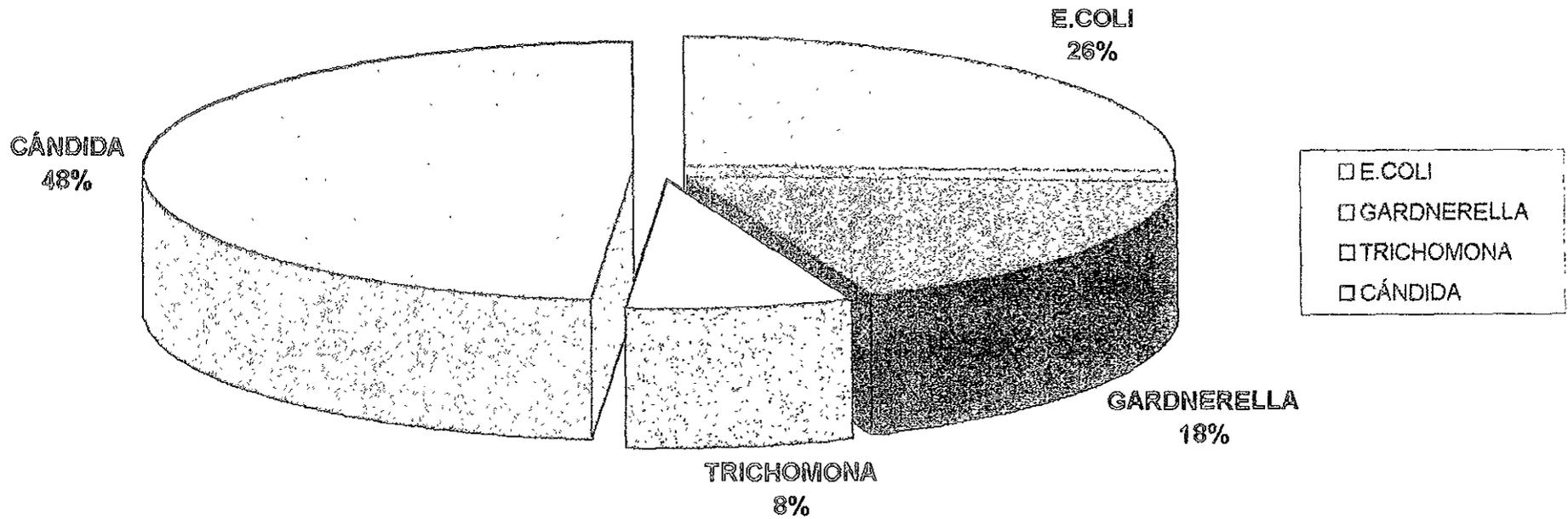


GRAFICO 9

GRÁFICA DE BARRAS DE LOS AGENTES PATÓGENOS ENCONTRADOS CON MAYOR FRECUENCIA

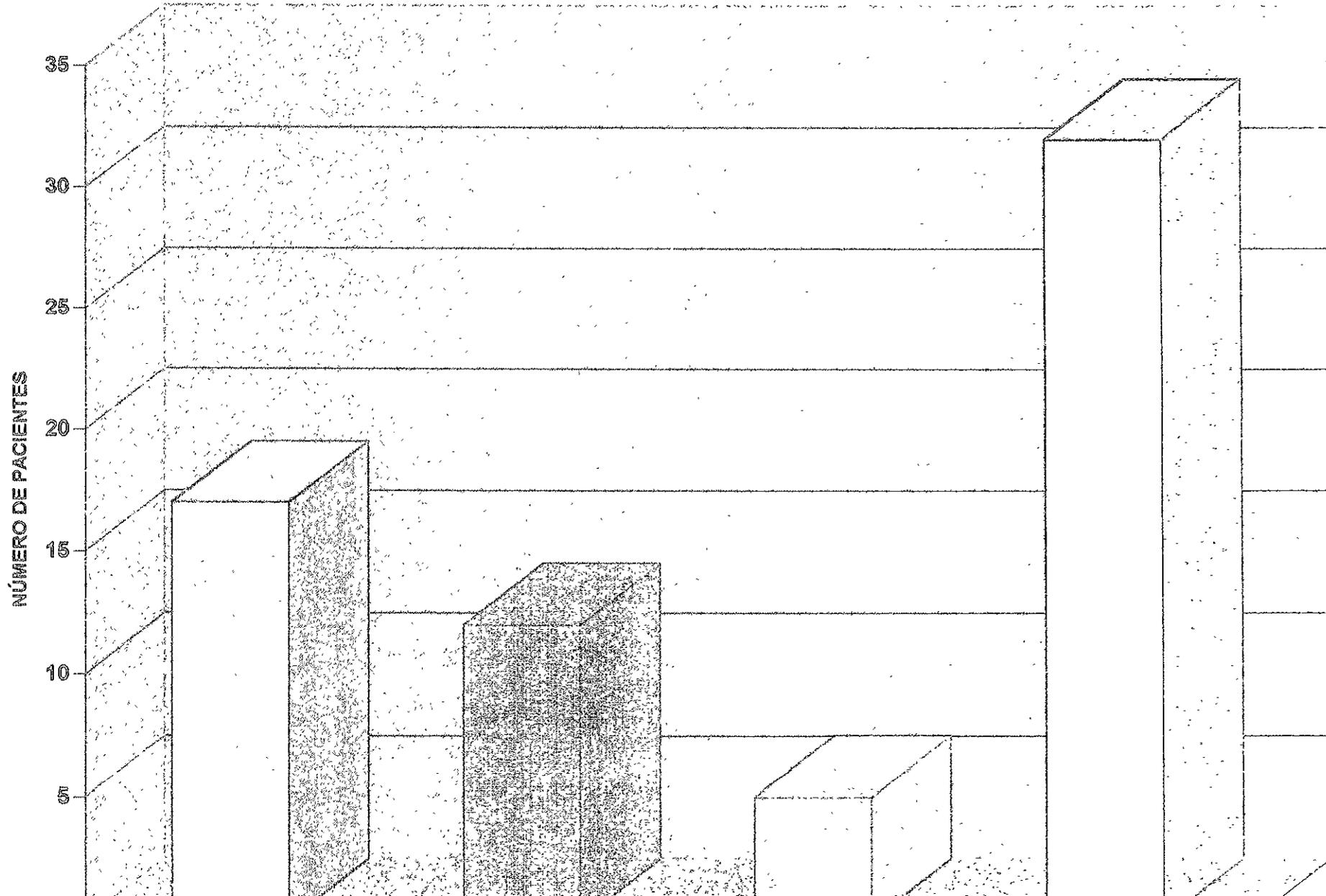
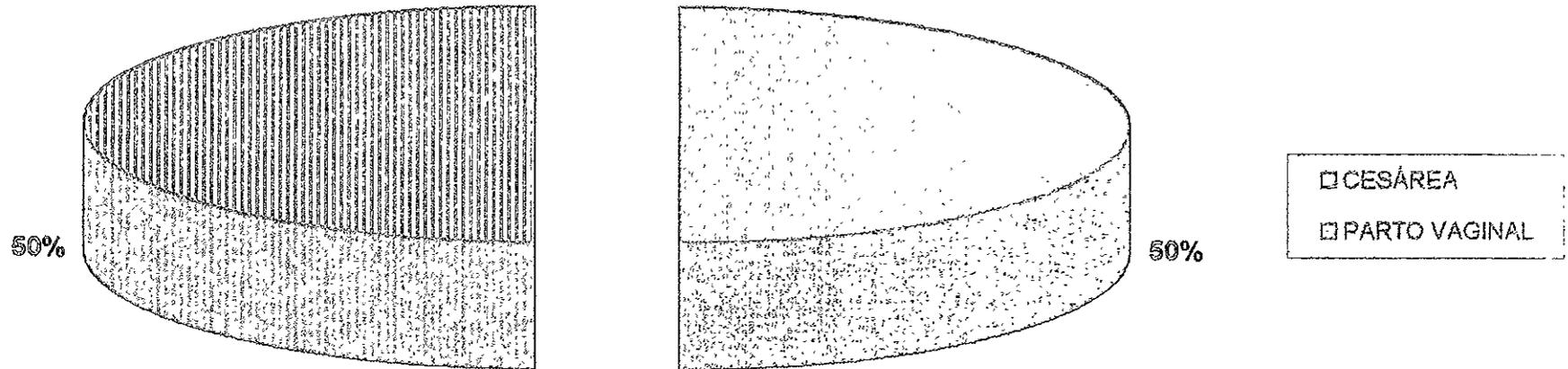


GRAFICO 10

TIPO DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO



BIBLIOGRAFIA:

1. Laura RM; William O; Eichard AE. Antenatal steroid, delivery mode and intrauterine haemorrhage in preterm in infants. AM J Obstet Gynecol 1995: 172 (10) 795-9
2. James AM; Lanice I; Ruth P. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infection: Result of a prospective controlled evaluation. AM J Obstet Gynecol 1995: 173 (1): 157-166.
3. Marc JN; Keirs D, New perspectives for the effective treatment for preterm labour. AM J Obstet Gynecol 1995:173(2): 618-625.
4. McGregor JS; Association of cervicovaginal infection with increased vaginal fluid phospholipase A2 activity. AM J Obstet Gynecol 1994. 167(3): 123-9
5. Gibbs EA, Morrison CG. A review of premature birth, subclinical infection. AM J Obstet Gynecol 1995; 168(2) :211-22.