



---

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACIÓN.**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**FOCOS SEPTICOS ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO  
DE PERINATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ  
MATEOS, ISSSTE DE ABRIL 2008 A ABRIL 2009.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:  
ANA MARIA GUTIERREZ JUAREZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

**ASESOR DE TESIS:**

**JOSE GRACIANO VENEGAS.**

**NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO: 456.2009**

**2009.**





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.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi padre y madre por todo su cariño, sacrificio y apoyo incondicional; por haberme ayudado a levantarme en la vida y por recordarme cada día mis objetivos y sobre todo por recordarme de no olvidar mis ideales.

Julio Cesar gracias por creer en mi capacidad como persona, ser humano y sobre todo por amarme.

A mis maestros por haberme enseñado lo que se ahora; ser pacientes y creer en mi; Dr. Félix Martínez Alcalá, Dr. Guilebaldo Patiño y Dra. María del Carmen Martínez, gracias por haberme escuchado en los momentos más difíciles de mi vida y por ayudarme ver desde una perspectiva diferente y darme ánimo para terminar mi camino.

## INDICE

Introducción  
Marco teórico  
Hipótesis  
Objetivos  
Material y métodos  
Resultados  
Conclusiones  
Discusión  
Tablas y Gráficos  
Bibliografía

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el agente etiológico más frecuente presente en los exudados vaginales y urocultivo en pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino.

Conocer el tratamiento farmacológico otorgado por el servicio de medicina materno fetal para disminuir la incidencia de partos.

Comparar agente asociado a parto pretérmino en pacientes con trabajo de parto pretérmino y término.

**Material y métodos:** Previa autorización del comité de investigación y ética se revisara expedientes del archivo clínico que cumplan con las siguientes características: 1.- Expedientes de pacientes con antecedente de parto pretérmino. 2.- Expedientes de paciente que desencadenaron trabajo de parto a término a partir de las 37 semanas que cuenten con expedientes completos.

Se realizara un estudio observacional-retrospectivo de 70 pacientes de cualquier edad que cursen con amenaza de parto pretérmino del servicio de medicina materno fetal, sin importar paridad, de abril 2008 – Abril 2009 y con trabajo de parto a término del servicio de ginecología y obstetricia. (100 pacientes).

Comparando con el grupo control (100pacientes) que desencadenaron trabajo de parto a término (37 semanas de gestación.)

**Grupo con trabajo de parto pretérmino:** Incluye todas las pacientes con amenaza de parto pretérmino (con presencia de actividad uterina de las 20 semanas de gestación hasta 36. 6 días, 4 contracciones en 20 minutos o de 8 en una hora, con dilatación igual o mayor a 2 cm. **Grupo sin trabajo de parto pretérmino:** pacientes con embarazo a término (37 semanas de gestación.) que ingresaron el servicio de ginecología y obstetricia.

**Tamaño de la muestra:** 170 expedientes completos

**Resultados:** Se encontró en las pacientes con parto pretérmino un porcentaje considerable en comparación con el grupo control; la presencia de hipertensión en 11.4%; diabetes Mellitus 50% a si presencia de otras patologías agregadas como miomatosis uterina 15%, hipotiroidismo en 8.5 % el grupo problema en comparación con el grupo sin parto pretérmino en donde se presento patologías diferentes a las crónico degenerativas en el 5%. Además de la presencia de candida albicans asociado a parto pretérmino en un 30% y en el grupo sin parto pretérmino se presento en el 16%. La administración de tratamiento fue del 100% en las pacientes con parto pretérmino con una recidiva del 4.3%.

**Conclusiones:** En nuestra población el agente microbiológico asociado a parto pretérmino es en primer lugar de acuerdo con los exudados vaginales fue Candida albicans 30%, en comparación con el grupo sin trabajo de parto pretérmino el agente asociado fue C. Albicans en un 16%, los cambios propios del embarazo modifican el PH vaginal lo que se convierte en un factor predisponente para infecciones vaginales de repetición por lo que se debe dar información a las pacientes acerca de hábitos higiénicos y medidas preventivas.

Palabras clave: Amenaza de parto pretérmino,

## SUMMARY

**Objective:** To identify the most frequent etiologic agent present in vaginal exudates and urine cultures in patients that presented with threatened preterm birth.

To study the pharmacological treatment granted by the maternal fetal service of medicine to decrease the incidence of births.

To compare the agent associated with preterm births in patients with preterm and term labor.

To determine the association in patients with preterm and term labor.

**Material and Methods:** given authorization by the research and ethics committee, files of the clinical archives will be revised that comply with the following characteristics: 1.-Files of patients with the history of preterm birth. 2- Files of patients that developed term labor after 37 weeks and that count with a complete file.

An observational-retrospective study of 70 patients of any age will be realized that course with threatened preterm labor of the maternal fetal service of medicine, parity not mattering, from april 2008 - april 2009 and with term labor of the service of obstetrics and gynecology. (100 patients).

Comparing the problem group with the control group (100 patients) that developed term labor (37 weeks of gestation).

**Group with threatened labor:** includes all the patients with threatened preterm labor, with presence of uterine activity from 20 weeks of gestation to 36.6 weeks, 4 contractions in 20 minutes or 8 in one hour, with dilatation equal to or greater than 2 cm. **Group with term pregnancy:** patients with term pregnancy (37 weeks of gestation) that entered the service of obstetrics and gynecology.

Size of the sample: 170 complete files

**Results:** A considerable percentage of patients with preterm labor in comparison to the control group was found with; the presence of hypertension in 11.4%; diabetes mellitus 50% as well as the presence of other additional pathologies like uterine myomatosis, hypothyroidism in 8.5%, the problem group in comparison to the group without preterm labor in which pathologies other than chronic degenerative diseases presented in 5 %. In addition, the presence of *Candida albicans* was associated to preterm birth in 30% and in the group without preterm birth it presented in 16%. The administration of treatment was 100% in patients with preterm labor with a recurrence of 4.3%.

**Conclusions:** In our population the microbiological agent associated to preterm labor is in first place, according to vaginal exudates, *Candida albicans* 30%, in comparison to the group without preterm labor, the agent associated was *Candida albicans* 16%. The physiological changes of pregnancy modify the vaginal PH which becomes a predisposing factor of recurrent vaginal infections; for this reason information should be given to patients about hygienic habits and preventative measures.

Keywords: threatened preterm birth.

## **INTRODUCCION**

Uno de los problemas más importantes en la actualidad es el parto pretérmino; a pesar de las múltiples investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional continua siendo uno de los problemas principales que tienen un impacto económico devastador en nuestra población y en nuestro sistema de salud.





## MARCO TEORICO

Se estima que en el mundo nacen aproximadamente 13 millones de neonatos prematuros cada año. (1)

Su frecuencia varía de 5- 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. (3)

Además en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor de las embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras. (3)

En muchos países la incidencia de parto prematuro oscila entre 5- 12 % y este porcentaje se ha mantenido estable durante las últimas dos décadas, a pesar de los grandes avances que ha experimentado la medicina. (1)

Según la OMS la definición de nacimiento pretérmino es el que ocurre a partir de la semana 20 y hasta la semana 36 y 6 días.

Se define como parto prematuro a la existencia de cuatro contracciones en 20 minutos de ocho en una hora- lo que implica cambios progresivos en el cuello uterino con dilatación igual o mayor a 2 cm-, que ocurre después de la semana 20 y antes de la 37. (4)

El parto pretérmino se divide en tres subgrupos:

1. Edad gestacional entre 32 y 36 semanas, 70% de los casos.
2. Edad gestacional entre 28 y 32 semanas, 20%.
3. Edad gestacional menor a 28 semanas (recién nacidos inmaduros), 10%. (2)

En cuanto a las repercusiones de sobre la salud del recién nacido, debemos considerar que el parto pretérmino y el bajo peso al nacer son dos factores de riesgo que determinan una mayor probabilidad de mortalidad perinatal, y que la prematuridad se considera el primer factor de riesgo para la salud del recién nacido, pudiendo este presentar mas frecuentemente patologías diversas.

(5)

La amenaza de parto pretérmino presenta el 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270, 000 en el primer año de vida, 1800, 000 durante el primer mes de vida y 135, 000 por prematuridad). (4)

La situación es aun mas grave en prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes la quinta parte no supervive en el primer año y hasta el 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socio-emocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de las pérdidas de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y comunidades. (4)

Algunos autores han mostrado interés en el estudio de los factores epidemiológicos de la prematuridad y han descrito numerosas asociaciones sobre las características demográficas, sociales y medicas que se dan en las gestantes con parto pretérmino. (1)

En la etiología de prematuridad y del bajo peso al nacer se encuentran enfermedades maternas, los embarazos múltiples originados por las técnicas de reproducción humana asistida, la influencia de los estilos de vida, así como situaciones sociales que comportan un entorno y una atención prenatal inadecuados.(5)

Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar un parto prematuro. Las principales causas son: preeclampsia, retraso en el crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal. Algunos cambios en las prácticas y cuidados perinatales han supuesto en los últimos años un incremento de gestaciones por parte de las madres con patologías a las que anteriormente se les desaconsejaba el embarazo (diabetes, cardiopatías, infección por VIH, Etc.). (5)

Algunos factores médicos pueden elevar el riesgo de parto prematuro por ejemplo: parto prematuro previo, sangrado vaginal persistente al inicio del embarazo, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, polihidramnios incompetencia cervical, enfermedad cardiaca y anemia materna. (3)

La bacteriuria y la anemia ( hemoglobina menor a  $< 10,4$  mg / dl) también se han relacionado la posible relación entre antioxidantes y prematuridad y se ha encontrado una correlación entre niveles descendidos de vitamina C y la rotura prematura de membranas. (1)

En América latina la tasa promedio de anemia en mujeres no embarazadas se estima en 20%, con un rango del 8% al 35%. La prevalencia de la anemia de las mujeres en edad fértil de Costa Rica semeja el promedio estimado en América Latina, con una prevalencia menor de anemia severa.

La anemia de mujeres en edad reproductiva hace suponer una prevalencia mayor de estas mujeres embarazadas. Lo anterior, por tanto, hace que durante el embarazo esta patología se asocie a malos resultados perinatales, dentro de los que resalta el parto prematuro y el bajo peso al nacer entre otros.

Por otro lado, la anemia no tratada puede ser un indicador indirecto de la pobre nutrición y mala salud. La desnutrición materna asociada a un bajo estado socioeconómico ha sido vinculada también a resultados perinatales adversos y en especial la prematuridad. (8)

Edad materna es uno de los factores asociados a la prematuridad; frecuentemente se ha asociado una prevalencia de prematuridad entre las madres menores de 20 años y aquellas mayores de 34. (5)

El embarazo de la adolescente es un problema de salud pública que genera cambios bio-psico-sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de este, tales como aborto, parto pretérmino, patologías hipertensivas, rotura de membranas, infección urinaria, patologías placentarias, recién nacido de bajo peso, entre otras.

El parto pretérmino es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socio- económico, lo que puede deberse a las poblaciones rurales y urbanas marginales la unión a un cónyuge y la maternidad se convierte en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles siendo probable que esta presente una mejor condición individual y para los padres un compromiso menos.

Existe la asociación significativa entre la edad de la adolescente embarazada y las patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas. (7)

Baja estatura: Una estatura inferior a 155 cm se ha asociado con un aumento en la tasa de prematuridad. (1)

Bajo peso materno: Es un factor que se ha mostrado una estrecha asociación con el parto pretérmino, sobre todo cuando el peso es inferior a 55 kg en la semana 20 de gestación.

Empleo: No parece tener relación con la tasa de prematuridad si se analiza como factor independiente, aunque algunos autores describieron como algunas mujeres francesas, con determinados empleos, tenían menos frecuencia de partos pretérmino que otras gestantes que no trabajaban. La explicación de este fenómeno no incluye el concepto de los efectos beneficiosos que un trabajo no estresante aporta psicológicamente y económicamente a la gestante. El estrés incrementa el riesgo de prematuridad. (1)

Se ha correlacionado el parto pretérmino con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación, pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación de infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura de membranas como su causa principal.

Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y estas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos y conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca al parto pretérmino, y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no estén tomando en cuenta. (9)

La infección, casi siempre la corioamnioitís, es un componente importante en muchos casos de parto prematuro y también se ha relacionado la vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis*. Además, las infecciones del conducto genital a menudo se relacionan con la rotura prematura de membranas. La exposición a un agente patógeno induce 16.35 veces más riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres de flora vaginal normal. (3)

La enfermedad periodontal es una enfermedad crónica producida por bacterias anaerobias gramnegativas que crecen dentro del surco gingival. Diversos factores – genéticos, ambientales y biológicos, entre otros favorecen la evolución a un proceso destructivo. Entre los factores biológicos, las hormonas sexuales femeninas desempeñan un papel importante en ese proceso, ya que su concentración aumenta considerablemente en el organismo durante el embarazo o por el uso de medicamentos anticonceptivos. Este incremento provoca cambios en el organismo a nivel vascular, células, microbiológico e inmunitario. Aunque la secreción de estas hormonas es cíclica, al final del tercer trimestre del embarazo alcanza concentraciones plasmáticas más elevadas, lo que afecta notablemente las estructuras gingivo – periodontales. (13)

Uno de los aspectos preventivos que más relevancia ha adquirido en los últimos tiempos ha sido el tratamiento de la vaginosis bacteriana y de otras infecciones vaginales. La base estriba en que la presencia de esa infección vaginal, provoca, por vía ascendente, una infección coriodecidual que desemboca en la puesta en marcha, vía citoquinas, de diversos mecanismos involucrados en el inicio de parto pretérmino. (6)

A su vez, la naturaleza recurrente del parto pretérmino, la distinta frecuencia de representación entre las razas y la fuerte agregación familiar se ha evidenciado en algunos estudios, hace pensar que los factores genéticos también podrían cumplir un papel importante en su etiología.

La variabilidad genética podría estar presentada en este caso por algunos polimorfismos de proteínas comprometidas en la actividad contráctil del útero humano, lo que influiría sobre la frecuencia de presentación del parto pretérmino o incluso podría alterar la respuesta a los fármacos que se utilizan en el parto pretérmino.

Se han estudiado los genes de varias citoquinas proinflamatorias (factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , interleuquinas 1 y 6 etc), de la oxido nítrico sintasa y de los receptores  $\beta$ - 2 adrenérgicos ( $\beta$ 2 AR), pertenecen a la superfamilia de receptores acoplados a la proteína G, se consideran como principal mecanismo de comunicación intercelular para inducir la relajación de fibras musculares miométriales. (14)

Los gérmenes descritos son varios (BV, clamidia, ureaplasma, tricomonas, etc) y todos ellos se han asociado a parto prematuro, sin embargo los trials clínicos de tratamiento de clamidia, ureaplasma y estreptococo del grupo B no redujeron la tasa de prematuridad. (6)

En México la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los últimos 20 años; sin embargo existen regiones del país con elevada morbilidad y mortalidad materno – infantil, congruente con el perfil epidemiológico de la marginación y el rezago en las condiciones de salud. (3)

El parto prematuro es el resultado de un trabajo de parto espontáneo en casi 50% de los casos, ocurre después de la rotura de membranas en 30%, y es iatrogénico (por complicaciones maternas o fetales) en el 20% restante. (3)

Se observó que una medida menor de 30 mm en la longitud cervical se constituyó un factor de riesgo importante para el parto prematuro en este tipo de paciente de hecho hubo una relación directa entre el acortamiento cervical y el incremento de riesgo. La cervicometría > 30 mm, tiene un gran valor predictivo negativo, en gestantes con TPP inicial o APP (como se conoce en el medio) y el parto prematuro. (10)



En un estudio multicéntrico EUROPOP (European Program of Occupational Risk and Pregnancy Outcome), realizado en España entre el primero de octubre de 1995 al 31 de septiembre de 1996, se demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen el riesgo de parto prematuro, y también las edades extremas de la vida reproductiva y los antecedentes obstétricos adversos. (3)

Entre los 20y 30% de los partos prematuros son iatrogénicos, es decir, inducidos por obstetras debido a indicaciones maternas (como preclampsia severa) o fetales (como restricción grave del crecimiento intrauterino). (3)

La aplicación de esteroides como inductores de madurez pulmonar fetal forma parte principal de los protocolos de tratamiento en embarazos que se complican por causas maternas o fetales; tienen un efecto claro de las estadísticas que demuestran la disminución de la morbilidad y mortalidad perinatales. (4)

La terapia prenatal con corticoides pretende simular la exposición endógena que ocurre in útero y que contribuye la maduración de diversos órganos y sistemas, entre ellos pulmón y cerebro. Los corticoides endógenos permanecen estables hasta la 30 semana de gestación (en torno a 14-28 nmol/l).

Los corticoides aceleran la maduración pulmonar, regulando una gran variedad de sistemas bioquímicos dentro de los neumocitos tipo 2.

La eficacia de los diferentes corticoides utilizados en la terapia esta condicionada por su potencia glucocorticoidea, por la transferencia materno – fetal y por la tasa de aclaramiento de la circulación.

Tanto la betametasona y dexametasona tienen una débil acción mineralocorticoide, débil acción inmunosupresora y una duración máxima en su efecto de 24 hrs – 7 días.

A demás de la administración de múltiples ciclos, en comparación a un ciclo único, no disminuye significativamente la morbilidad global neonatal y se ha relacionado con un aumento de enterocolitis necrotizante, sepsis, hemorragia intraventricular, hábito cushingoides, miocardiopatía hipertrófica, supresión de ACTH fetal y probablemente afectación del crecimiento fetal, y de su desarrollo cerebral. (11)

La importancia clínica de la prematuridad radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal total, así como la morbilidad perinatal e infantil. (5)

Las principales complicaciones asociadas con la prematuridad son el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la persistencia del conducto arterioso, la retinopatía y la sepsis. (4)

Una vez establecido el diagnóstico, la secuencia de tratamiento incluye medidas generales, la administración de agentes tocolíticos y administración de inductores de madurez pulmonar fetal. (4)

En trabajos de Goodlin se demostró que el 60% de las mujeres en trabajo de parto pretérmino tenían cifras de volumen plasmático de 3 desviaciones estándar debajo de la media, y casi el 50% de las mujeres con amenaza de parto pretérmino responden al reposo en cama e hidratación pues aumentan ambas medidas el volumen plasmático y disminuyen con esta terapia la hormona antidiurética y la oxitocina. Fue elevada la positividad de respuesta al tratamiento con hidroterapia y fue el esquema de dextro – Ringer el de resultados significativos. (12)

El objetivo del tratamiento tocolítico es prolongar la gestación. No se ha demostrado que disminuya efectivamente la tasa de este, pero permite aplicar inductores de madurez pulmonar en 48 hrs, con la finalidad de mejorar la condición pulmonar fetal y, si es necesario trasladar a la paciente a un tercer nivel. (4)

## **HIPOTESIS**

En que mujeres con trabajo de parto pretérmino se encuentra la presencia de candida Albicans en el exudado vaginal y su asociación en mujeres sin trabajo de parto pretérmino.

## **OBJETIVO**

- 1.- Conocer el agente microbiológico asociado a parto pretérmino en nuestra población específicamente en pacientes del servicio de perinatología.
- 2.-Proponer a nuestra población una mejor atención e información acerca de parto pretérmino.
- 3.-Comparar agente asociado a parto pretérmino en pacientes con trabajo de parto pretérmino y término.

## **MATERIAL Y METODOS**

Previa autorización del comité de investigación y ética se revisara expedientes del archivo clínico que cumplan con las siguientes características:

- 1.- expedientes de pacientes con antecedente de parto pretérmino.
- 2.- Expedientes de paciente que desencadenaron trabajo de parto a término a partir de las 37 semanas que cuenten con expedientes completos.

Se realizara un estudio observacional-retrospectivo de 70 pacientes de cualquier edad que cursen con amenaza de parto pretérmino del servicio de medicina materno fetal, sin importar paridad, de abril 2008 – Abril 2009.

Comparando con el grupo control (100pacientes) que desencadenaron trabajo de parto a termino (37 semanas de gestación.)

Dividiendo los grupos de investigación en: Grupo problema (**CON TPP**) y control (**SIN TPP**).

**Grupo con trabajo de parto pretèrmino (TPP):** Incluye todas las pacientes con amenaza de parto pretérmino (con presencia de actividad uterina de las 20 semanas de gestación hasta 36. 6 días, 4 contracciones en 20 minutos o de 8 en una hora, con dilatación igual o mayor a 2 cm.

**Grupo sin trabajo de parto pretèrmino:** pacientes con embarazo a término (37 semanas de gestación.) que ingresaron el servicio de ginecología y obstetricia.

Tamaño de la muestra: 170 expedientes completos.

**VARIABLES:**

- 1.- Edad de las pacientes.
- 2.- Patologías de base
- 3.- Sintomatología vaginal
- 4.- Sintomatología urinaria.
- 5.- Ruptura de membranas
- 6.- Exudados vaginales: si /no.
- 7.- Urocultivos si/no
- 8.- Agente del exudado
- 9.- Agente del urocultivo
- 10.- Tratamiento si/ no
- 11.- Tipo de tratamiento
- 12.-Observaciones: funciono tratamiento: si / no

PLANEACION:

Diciembre 2008	Enero 2009	Febrero- 2009	Abril	MAYO 2009	Agosto 2009
Elección de proyecto y revisión bibliográfica.	Elaboración del protocolo	Revisión de expedientes. Con TPP y sin TPP		Análisis de resultados.	Revisión de reporte técnico.

Patología:		
Diabética	Si:	No:
Hipertensión arterial	SI	NO
Otra patología (especifique):		
Ruptura de membranas: SI	NO	

<b>Exudados vaginales:</b>				
Agente aislado				
Células:				
Tricomonas:				
Levaduras:				
Bacterias:				
Leucocitos				
Eritrocitos				
<b>EGO:</b> Color				
PH				
Densidad				
Leucocitos				
Bacterias				

<b>Urocultivos:</b>	<b>Resultado:</b>
Tratamiento: SI	NO
<b>Especifique:</b>	
Resultado	
<b>Observaciones:</b>	



## RESULTADOS

Se revisaron 170 expedientes del archivo clínico del servicio de medicina materno con amenaza de parto pretérmino (70) y con embarazo a término del servicio de ginecología y obstetricia (100) en un periodo de un año comprendido de abril del 2008 a abril del 2009.

Observándose En las pacientes con parto pretérmino enfermedades crónico degenerativas como hipertensión en 11.4%; diabetes Mellitus 50%, miomatosis uterina 15%, hipotiroidismo en 8.5 %. En comparación con el grupo sin parto pretérmino en donde se presento patologías diferentes a las crónico degenerativas en el 5%.

El 68.6% de las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino informaron durante su control prenatal sintomatología urinaria y el 65.7 refirieron sintomatología vaginal. En comparación de las pacientes sin trabajo de parto pretérmino 53.5% y 69.7% respectivamente.

Ruptura de membranas solo se presento en 4.3% en pacientes que presentaron parto pretérmino en comparación con el grupo control 4.0%.

Durante el control prenatal se realizaron al 100% exudados vaginales a las pacientes con parto pretérmino en cambio en las pacientes sin trabajo de parto se les realizo al 83.8%. En donde se encontró anomalías en un de acuerdo al agente causal en las siguientes variables: células 47.1 %, levaduras 30.0%, presencia de bacterias una cruz 5.7%, dos cruces: 47.1, tres cruces: 4.3%, eritrocitos 1.4%; en pacientes sin trabajo de parto la presencia de bacterias una cruz 4.0%, dos cruces: 35.4 %, tres cruces: 4.0%; levaduras: 22.2 %; presencia de bacterias una cruz 4.0%, dos cruces: 35.4%, tres cruces: 4.0%, eritrocitos ausentes.

En las pacientes con parto pretérmino el examen general de orina se encontró alterado en los siguientes parámetros: color 51.4%, Ph: 1.4% presencia de leucocitos 41.42%; bacterias 88.57% en con resultados patológicos 5.7% en urocultivo en comparación con la pacientes sin trabajo de parto: color 28.3%, PH alterado 2.0%, presencia de leucocitos 17%; bacterias en 42% con resultados positivos en un 2.0% para agentes patológicos en el urocultivo.

El tratamiento recibido en las pacientes con parto pretérmino fue del 100% sin remisión en 4.3% y en las pacientes con parto a termino solo el 94.9% sin remisión con el tratamiento administrado en un 5.1%.

Se encontró una significancia en los resultados para exudados vaginales  $p < 0.001$ ; la presencia de bacterias en donde  $p < 0.001$ , leucocitos  $p < 0.005$ , candida albicans  $p < 0.005$  con un RR .87 , IC: 1.05-3.33; examen general de orina: Color  $p < 0.05$  y presencia de bacterias  $p < 0.05$ , urocultivo  $p < 0.001$ ; sintomatología urinaria  $p < 0.05$ , en enfermedades crónico degenerativas: Diabetes Mellitus  $p < 0.05$ , hipertensión  $p < 0.001$ , en otras patologías como hipotiroidismo  $p < 0.05$  con RR 9.95, IC 1.25-79.20, miomatosis uterina  $p < 0.05$  con RR de 5.23, IC de 1.51- 18.09, pacientes a quien se dio tratamiento.  $p < 0.001$ .

## CONCLUSIONES

En nuestra población el agente microbiológico asociado a parto pretérmino es en primer lugar de acuerdo a los exudados vaginales fue *Candida Albicans* 30%, *E. coli*; 10% y *E. Fecalis*: 4.2%. en comparación con el grupo sin trabajo de parto pretérmino el agente asociado fue *C. Albicans* en un 16%, *E. coli* en 14% , *E fecalis*: 6% por lo que es importante identificar el agente causal específico de las vulvovaginitis para proporcionar un tratamiento eficaz para un microorganismo determinado y no alterar la flora normal de la vagina ya que la inadecuada administración de medicamentos puede provocar una resistencia y destrucción de la flora normal.

Además de que es importante identificar si la paciente lleva un adecuado control metabólico ya que es un parámetro importante que nos puede condicionar a infecciones por lo que debemos orientar a nuestras pacientes con respecto a hábitos higiénico dietéticos.

## **DISCUSION:**

La amenaza de parto es uno de los problemas de salud mas estudiados en nuestro tiempo; sin embargo a pesar de las múltiples investigaciones continúa siendo un problema que afecta a nuestra población, a corto y largo plazo provocando un impacto socio económico en nuestro sistema y en las familias.

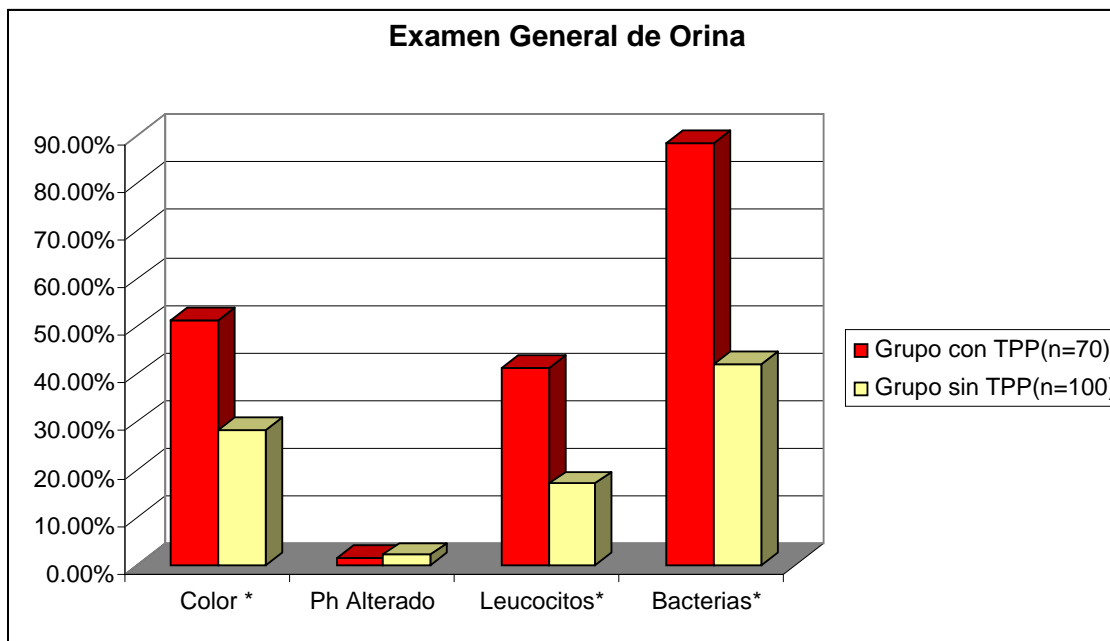
En nuestro estudio encontramos que el agente que con mas frecuencia se asocio a parto pretérmino encontrado en los exudados vaginales fue Candida Albicans 30%, E. coli 10% y E. Fecalis 4.2%, por lo que nos damos cuenta que a pesar de que nuestra población es de un nivel socio económico medio la mala técnica en la limpieza en la región vulvar provoca contaminación de la misma; lo que desencadena cambios en la flora normal de la vagina que aunado con el cambio de pH que se presenta durante el embarazo favorece a infecciones lo cual es un factor para amenaza de parto pretérmino.

<b>VARIABLES</b>	<b>GRUPO CON TPP (n = 70)</b>	<b>GRUPO SIN TPP (N = 100)</b>	<b>VALOR DE p.</b>
Presencia de patología.	15.7% (11)	2.0% (2)	p < 0.05
Diabetes Mellitus	50% (35)	0	p < 0.05
Hipertensión	11.4% (8)	0	p < 0.001
Otras patologías	28.6% (20)	3.0% (3)	p < 0.001
Síntomas Urinarios	68.6% (48)	53.5% (53)	p < 0.05
Síntomas Vaginales	65.7% (46)	69.7% (69)	p > 0.05
RPM	4.3% (3)	4.0% (4)	p > 0.05
Exudados vaginales	100% (70)	84.8% (84)	p < 0.001
Urocultivo	98.6% (69)	83.8% (83)	p < 0.001
Agente de urocultivo	5.7% (4)	2.0% (2)	p > 0.05
EGO:			
Color	51.4% (36)	28.3% (28)	P < 0.05
Ph Alterado	1.4% (1)	2.0% (2)	p > 0.05
Leucocitos	41.42% (29)	17% (17)	p < 0.05
Bacterias	88.57% (62)	42% (42)	p < 0.05
Exudado Vaginal: Células	47.1% (33)	43.4% (43)	p > 0.05
Levaduras	30.0% (21)	22.2% (22)	p > 0.05
LEUCOS	22.9% (16)	37.4% (37)	p < 0.05
Bacterias	57.1% (40)	43.4% (43)	p < 0.001
Eritrocitos	1.4% (1)	0	p > 0.05
Recibieron tratamiento	100% (70)	94.9% (94)	p > 0.05
Tratamiento	100% (70)	94.9% (100)	p < 0.001
Observaciones	4.3% (3)	5.1% (5)	p > 0.05

**TABLA 1. DIFERENCIAS EN LAS VARIABLES CLINICAS ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACION DE GINECOLOGIA Y**  
**OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. ISSSTE**

EGO	Grupo TPP (n=70)	Grupo sin TPP (n=100)	Valor de p
Color	51.4% (36)	28.3% (28)	p < 0.05
Ph alterado	1.4% (1)	2.0% (2)	p > 0.05
Leucocitos	41.42% (29)	17% (17)	p < 0.05
Bacterias	88.57% (62)	42% (42)	p < 0.05

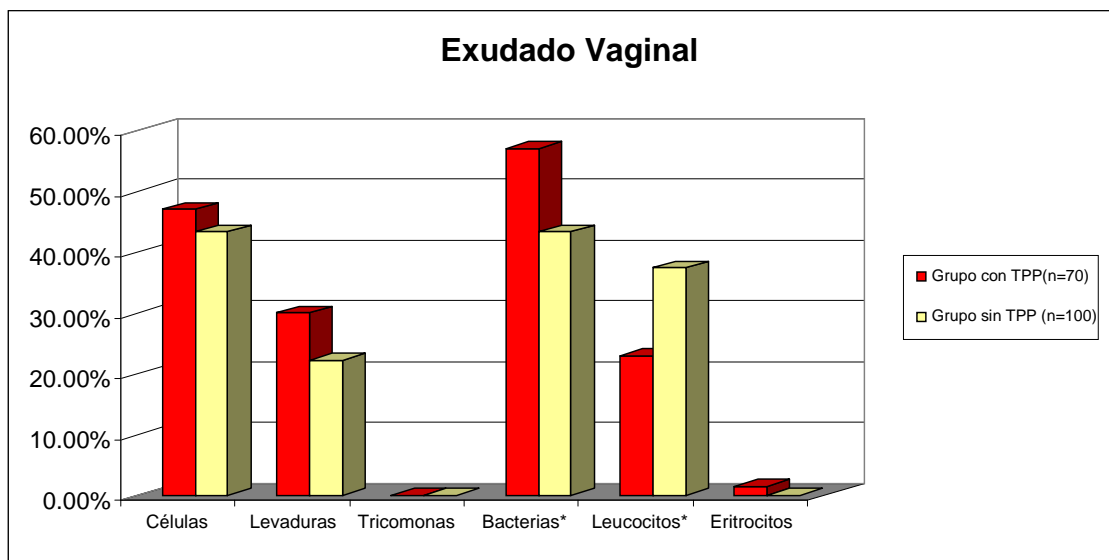
**TABLA 2. DIFERENCIAS EN EL EXAMEN GENERAL DE ORINA ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p < 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. ISSSTE**



**GRAFICA 2. DIFERENCIAS EN EL EXAMEN GENERAL DE ORINA ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p < 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. ISSSTE**

Exudados Vaginales	Grupo con TPP (n=70)	Grupo sin TPP (n=100)	Valor de p
Células.	47.1% (33)	43.4% (43)	p > 0.05
Levaduras	30.0% (21)	22.2% (22)	P >0.05
Tricomonas	0	0	0
Bacterias.	57.1% (40)	43.4% (43)	p < 0.001
Leucocitos	22.9% (16)	37.4% (37)	p < 0.05
Eritrocitos	1.4% (1)	0	p >0.05

**TABLA 3. DIFERENCIAS EN LOS EXUDADOS VAGINALES ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. ISSSTE**

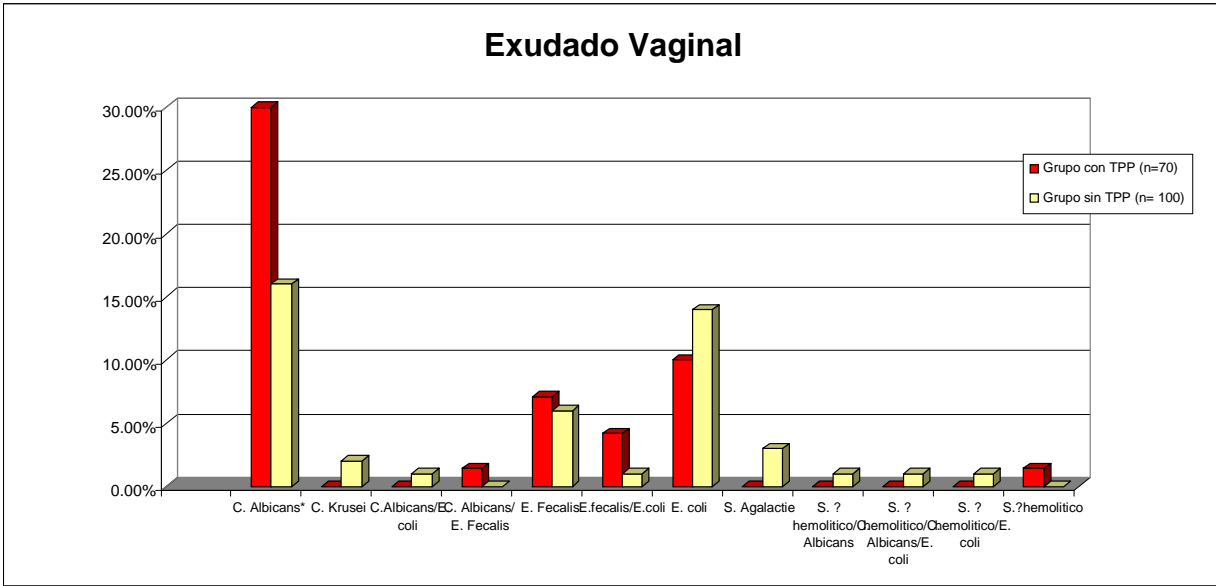


**GRAFICA 3. DIFERENCIAS EN LOS EXUDADOS VAGINALES ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. ISSSTE**

<b>Agente en exudados vaginales</b>	<b>Grupo con TPP (n=70)</b>	<b>Grupo sin TPP (n=100)</b>	<b>Valor de p</b>
Candida Albicans	30% (21)	16% (16)	p<0.05
Candida Krusei	(0)	2% (2)	p > 0.05
Candida Albicans/ E. coli	(0)	1% (1)	p > 0.05
Candida Albicans/ E. Fecalis	1.4% (1)	(0)	p > 0.05
E. Fecalis	7.1% (5)	6% (6)	p > 0.05
E. Fecalis / E. coli	4.2% (3)	1% (1)	p > 0.05
E. Coli	10% (7)	14% (14)	p > 0.05
S. Agalactie	(0)	3% (3)	p > 0.05
S. Beta hemolítico /candida Albicans	(0)	1% (1)	p > 0.05
S. Beta hemolítico /candida/E coli	(0)	1% (1)	p > 0.05
S. Beta hemolítico/ E. coli	(0)	1% (1)	p > 0.05
S. Beta hemolítico	1.4% (1)	(0)	p > 0.05

**TABLA 4 DIFERENCIA AGENTE PRESETE EN EXUDADOS VAGINALES ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

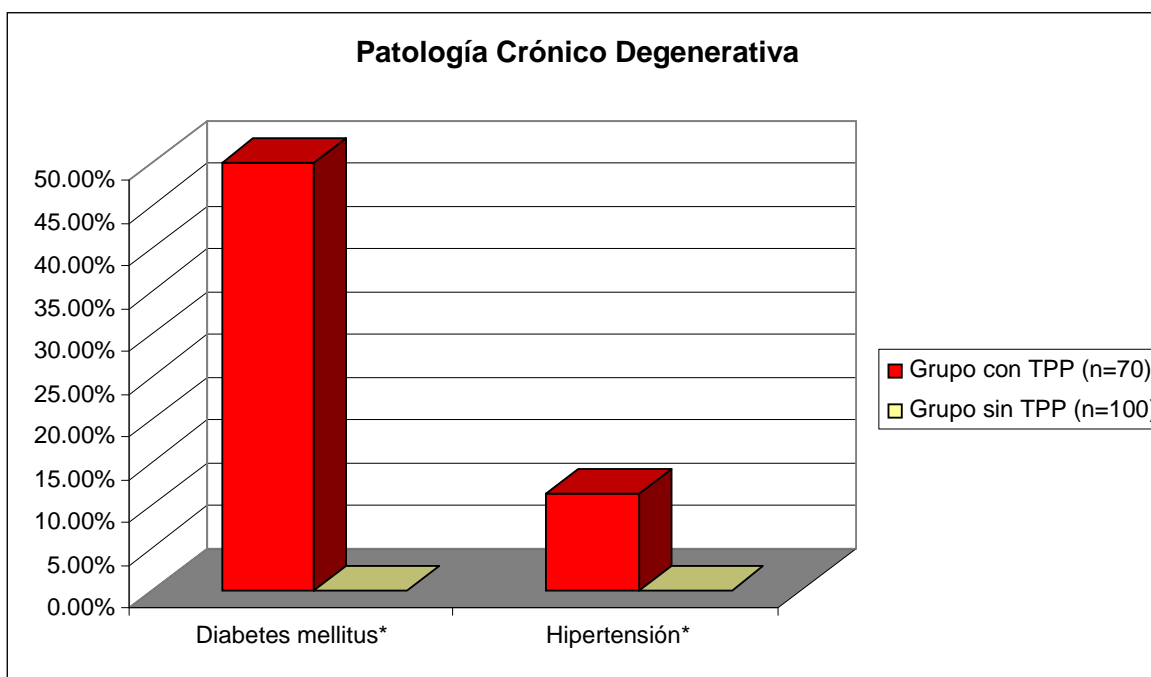




**GRAFICA: 4**  
**DIFERENCIA AGENTE PRESETE EN EXUDADOS VAGINALES ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* =  $p < 0.05$**   
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

Patología Crónica degenerativas	Grupo con TPP n=70	Grupo sin TPP n=100	Valor de p
Diabetes Mellitus	50% (35)	(0)	p < 0.05
Hipertensión	11.4% (8)	(0)	p < 0.001

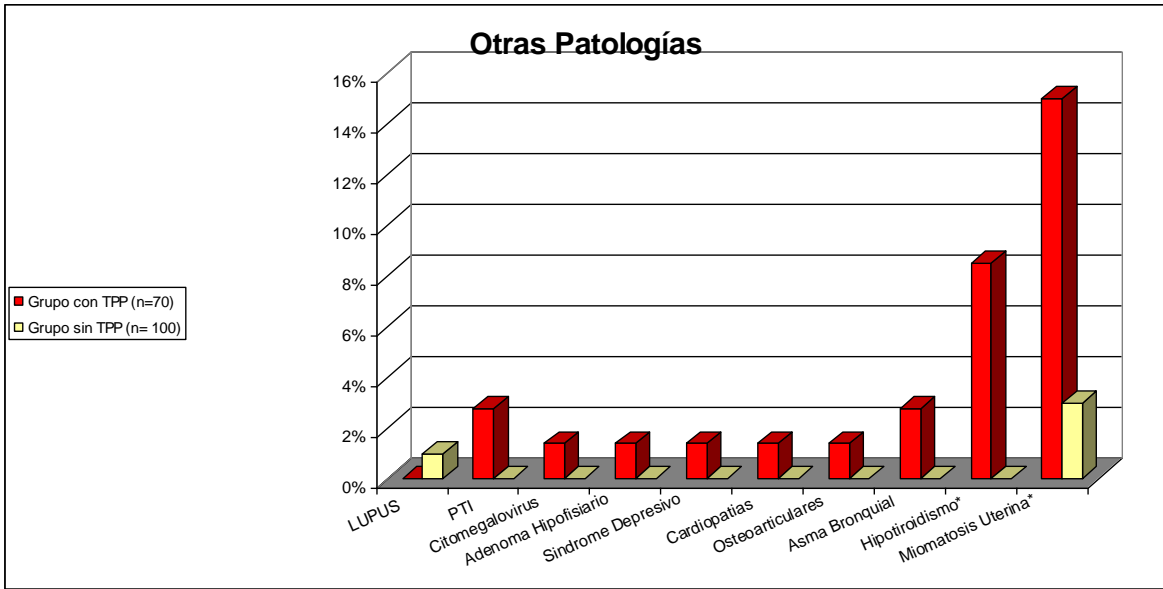
**TABLA 5. DIFERENCIAS EN PATOLOGÍAS CRÓNICO DEGENERATIVAS ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**



**GRAFICA5. DIFERENCIAS EN PATOLOGÍAS CRÓNICO DEGENERATIVAS ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

Otra Patología	Grupo con TPP n =70	Grupo sin TPP n=100	Valor de p
Miomatosis uterina	15.% (11)	3% (3)	p<0.05
hipotiroidismo	8.5% (6)	(0)	p<0.05
Asma Bronquial	2.8% (2)	(0)	p > 0.05
Osteo articulares	4,2% (3)	(0)	p > 0.05
Cardiopatías	1.4% (1)	(0)	p > 0.05
Síndrome depresivo	1.4% (1)	(0)	p > 0.05
Adenoma hipofisiario	1.4% (1)	(0)	p > 0.05
Citomegalovirus	1.4% (1)	(0)	p > 0.05
Púrpura Trombocitopenica	2.8% (2)	(0)	p > 0.05
Lupus Eritematoso Sistémico	(0)	(1)	p > 0.05

**TABLA 6. DIFERENCIAS EN OTRAS PATOLOGÍAS ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

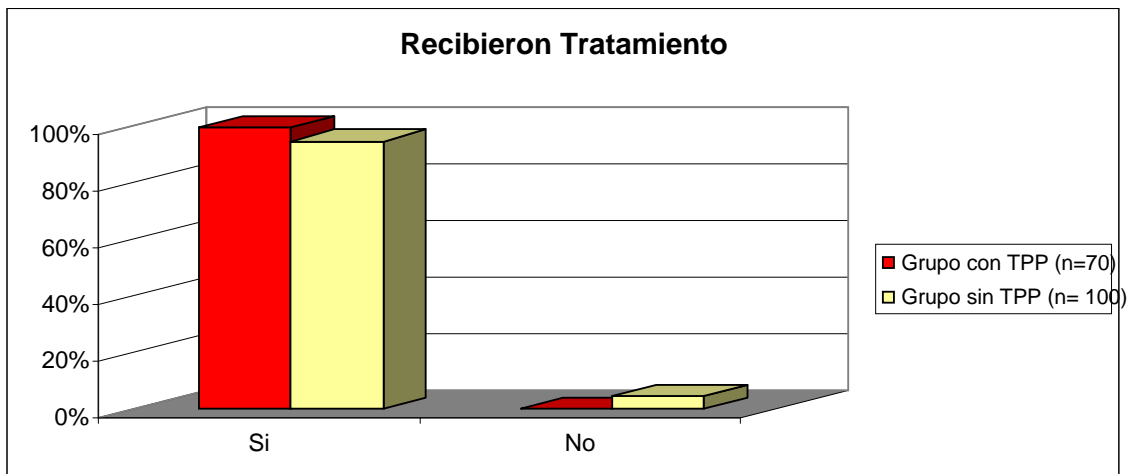


**GRAFICO6. DIFERENCIAS EN OTRAS PATOLOGÍAS ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

Recibieron tratamiento	Grupo con TPP N =70	Grupo sin TPP n=100	Valor de p
------------------------	------------------------	------------------------	------------

Si	100% (70)	94.9% (95)	p > 0.05
No	(0)	5% (5)	p>0.005

**TABLA 7. DIFERENCIAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**



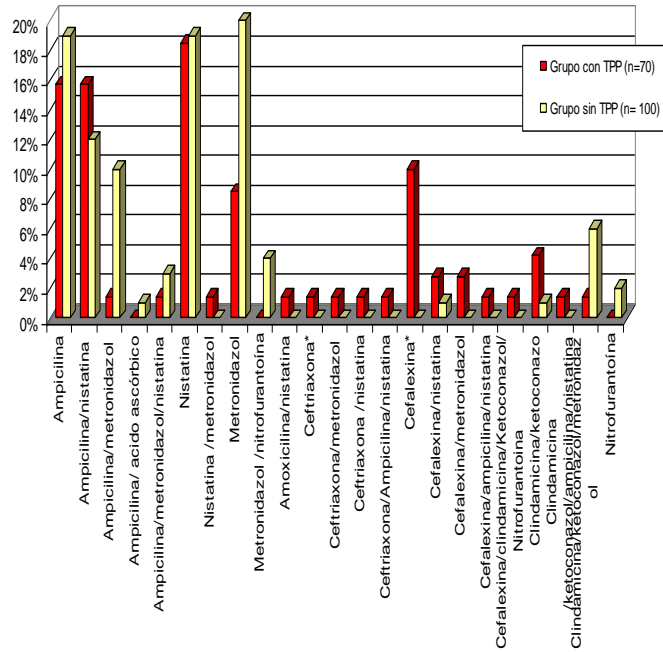
**GRAFICO7. DIFERENCIAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

Tipo de tratamiento	Grupo con TPP n =70	Grupo sin TPP n=100	Valor de p
Ampicilina	15.7% (11)	19% (19)	p >0.05
Ampicilina/nistatina	15.7% (11)	12% (12)	p >0.05

Ampicilina/metronidazol	1.4% (1)	10% (10)	p <0.05
Ampicilina/ acido ascórbico	(0)	1% (1)	p >0.05
Ampicilina/metronidazol/nistatina	1-4% (1)	3% (3)	p >0.05
Nistatina	18.5% (13)	19% (19)	p >0.05
Nistatina /metronidazol	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Metronidazol	8.5% (6)	20% (20)	p >0.05
Metronidazol /nitrofurantoína	(0)	4% (4)	p >0.05
Amoxicilina/nistatina	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Ceftriaxona	5.7% (4)	(0)	p < 0.05
Ceftriaxona/metronidazol	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Ceftriaxona /nistatina	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Ceftriaxona/Ampicilina/nistatina	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Cefalexina	10% (7)	(0)	p < 0.05
Cefalexina/nistatina	2.8% (2)	1% (1)	p >0.05
Cefalexina/metronidazol	2.8% (2)	(0)	p >0.05
Cefalexina/ampicilina/nistatina	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Cefalexina/clindamicina/ Ketoconazol/ Nitrofurantoína	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Clindamicina/ketoconazol	4.2% (3)	1% (1)	p >0.05
Clindamicina /ketoconazol/ampicilina/nistatina	1.4% (1)	(0)	p >0.05
Clindamicina/ketoconazol/metronidazol	1.4% (1)	6% (6)	p >0.05
Nitrofurantoína	(0)	2% (2)	p >0.05

**TABLA 8 DIFERENCIA EN EL TRATAMIENTOS ADMINISTRADO ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p< 0.05**  
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y**  
**OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

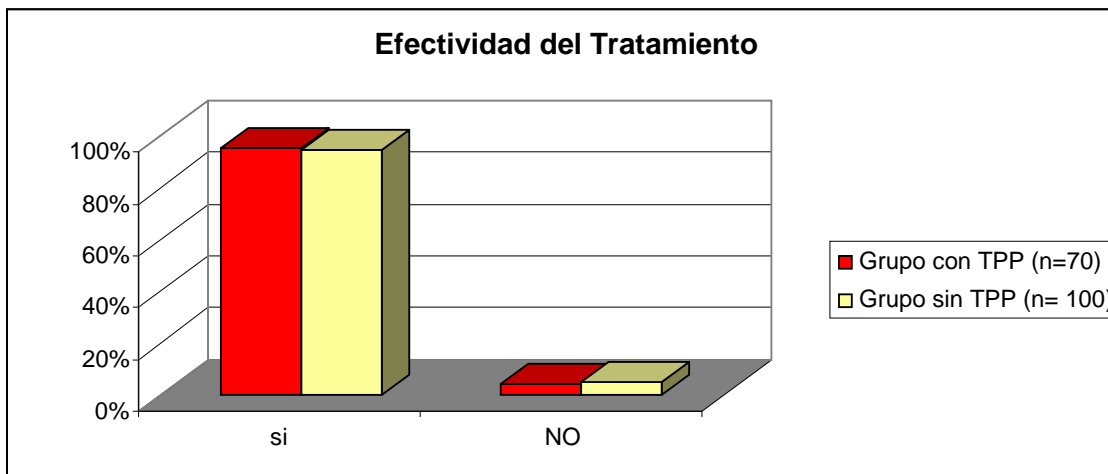
## Tipo de tratamiento



**GRAFICA 8 DIFERENCIA EN EL TRATAMIENTOS ADMINISTRADO ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* =  $p < 0.05$**   
**FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**

Efectividad en el tratamiento	Grupo con TPP N =70	Grupo sin TPP n=100	Valor de p
No	4.3% (3)	5.1% (5)	p > 0.05
Si	95.7% (67)	95% (95)	p > 0.05

**TABLA 9 DIFERENCIA EN LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTOS ADMINISTRADO ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p < 0.05 FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**



**GRAFICA 9 DIFERENCIA EN LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTOS ADMINISTRADO ENTRE LOS DOS GRUPOS. \* = p < 0.05 FUENTE: ARCHIVO SERVICIO DE MEDICINA MATERNO-FETAL. COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS. ISSSTE**



## BIBLIOGRAFÍA

1. González J, Obstetricia. Editorial: Masson, 5° edición. 2006 : pp.603-618.
2. Calderón J, Vega Malagón G, Velásquez Tlapanco J. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Med IMSS. 2005; 43:339-342.
3. Villanueva L, Contreras Gutiérrez A, Pichardo Cuevas M. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Méx. 2008; 76 (9):542-8.
4. Rosas A, Mendoza Martínez M, Escobedo Aguirre F. Efecto de inductores de madurez pulmonar fetal. Revista de especialidades Medico-Quirúrgicas. 2008; 13 (4) :181-5
5. Cabero L., Parto Prematuro. Editorial Panamericana. 2006: pp 1-9.
6. Cabero L. Medicina Materno Fetal. Editorial Panamericana 2007: 688-89.
7. Riscalde M, Rivero A, Ortunio M, Rivas M. Parto pretérmino en adolescentes. Rev. Obstet Ginecol Venez. 2008: 68 (3); 144-149.
8. Loretta G, Manrique Leal M, Moya Sibaja R. Anemia Materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo de parto pretérmino. Acta medica Costarricense, Colegio de Médicos Cirujanos. 2009; 51 (1):39-43.
9. Romero O, Chavez Merlos A. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev. Fac Med UNAM. 2001; 44 (5): 298-271.
10. González M, Hernando Donado J, Felipe Agudelo D. Asociación entre cervicometría y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto pretérmino inicial. Revista colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2005; 56 (2): 127- 133.
11. Bahillo M, Fernandez Calvo J, Mora Cepeda P. Corticoides Antenatales de parto prematuro. Boletín de Padiatria de Asturias, Cantabria, Castilla y León, 2003; 43: 267-271.
12. Martínez L, Valladares Hernández M. La hidroterapia en amenaza de parto pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998; 24(3): 128-32.
13. Casaldi JL, Bertin MS, Gimenez F. Enfermedad periodontal: ¿Es un factor de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer o preeclampsia? Rev Panam Salud Pública. 2006; 19 (4): 253-8.
14. Carlos R, Mc Ewen J, Cuartas A. Evaluación del efecto de cuatro polimorfismos en el gen del receptor adrenérgico B2 en el parto pretérmino. Rev Colomb Med. 2008:39: 7-15.