

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO:

“MICROORGANISMOS MAS FRECUENTES EN CULTIVOS DE SECRECIÓN VAGINAL EN PACIENTES QUE PRESENTAN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2012”

PRESENTADO POR:
DOCTORA. ANA SOFIA HERNANDEZ DE MARTINEZ
DOCTORA. SILVIA VERONICA RAMIREZ RAMIREZ

PARA OPTAR AL GRADO DE ESPECIALIDAD MÉDICA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DOCENTE DIRECTOR:
DROCTOR. CARLOS ANTONIO AGUIRRE KREITZ.

SANTA ANA

DICIEMBRE 2013
EL SALVADOR

CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



RECTOR
INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOBO

VICE-RECTORA ACADEMICA
MASTER ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

SECRETARIA GENERAL
DOCTORA ANA LETICIA DE AMAYA

FISCAL GENERAL
LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



DECANO
LICENCIADO RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICE-DECANO
INGENIERO WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN

SECRETARIO
LICENCIADO VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DE LA UNIDAD DE POSGRADO
MED. MAURICIO ERNESTO GARCÍA EGUIZÁBAL

COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO
DOCTOR Y MASTER ANGEL FREDI SERMEÑO MENENDEZ

INTRODUCCIÓN

El nacimiento pretérmino afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

Actualmente, la amenaza de parto pretérmino constituye un gran problema de salud pública a nivel mundial y a su vez un gran problema para obstetras y neonatólogos, tanto por los problemas relacionados con la fisiología, patología y atención de los recién nacidos recién nacidos pretérmino, como el pronóstico a largo plazo de la misma.

AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a Dios y a la Virgen María, quienes inspiraron nuestro espíritu y por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, y experiencias.

Le damos gracias a nuestros padres por ser parte importante en nuestras vidas, y brindarnos el apoyo y ser ejemplo de vida, por promover el desarrollo y la unión familiar.

A nuestros hermanos, esposos por apoyarnos en los momentos de necesidad y su apoyo incondicional.

A nuestros maestros, gracias por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad, confianza, dedicación y sobre todo por transmitirnos sus conocimientos.

A nuestros compañeros, amigos y a todas las personas que de una u otra forma nos ayudaron a la realización de este trabajo, gracias por su valioso apoyo.

RESUMEN

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres.

Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social. Palabras clave: parto prematuro, epidemiología, factores de riesgo, costos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la incidencia de trabajo de parto pretérmino y de partos pretérmino en el mundo permanece constante entre el 5% y el 10 %.

La amenaza de parto pretérmino se presenta en un 8 a 10% de los partos y es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal.

Según un estudio publicado en el boletín mensual de la OMS (2008), se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. De estos más de un millón mueren por complicaciones derivadas de ese tipo de partos.

Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y

10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

La prematurez en nuestro país al igual que en muchos otros países, constituye un problema sanitario de primer orden, ya que a pesar de todos los esfuerzos en el fortalecimiento del programa materno, la frecuencia de nacimientos prematuros se va incrementando año con año, a la fecha se encuentra entre un 12%

En el hospital san Juan de Dios la incidencia de recién nacidos prematuros está entre este mismo rango.

Es por ello que el seguimiento de las pacientes con amenaza de parto pretérmino y el resultado de los cultivos de secreción vaginal es un factor importante para que se produzca amenaza de parto pretérmino.

INDICE

	Paginas
Portada.....	I
Introducción.....	II
Agradecimientos.....	III
Resumen.....	IV
Planteamiento del problema.....	1
Justificación.....	2
Antecedentes	3
Marco teórico.....	4-12
Objetivos	13
Metodología.....	14
Análisis de datos	15-18
Conclusiones.....	19
Recomendaciones.....	20
Anexos	21
Bibliografía	22

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Prematurez ocupa la tercera causa de morbimortalidad tanto a nivel mundial como en El Salvador, y a pesar de los avances obtenidos en cuanto al manejo de la amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, se ha visto la prevalencia de ingresos de pacientes con amenaza de parto pretérmino.

Es por ello que en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, se toman cultivos de secreción vaginal en aquellas pacientes que ingresan con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ya que se ha visto que las infecciones vaginales son uno de los factores más importante para producir amenaza de parto pretérmino.

En el servicio de Obstetricia se envían cultivos de la secreción vaginal en todas las pacientes que consultan e ingresan con diagnóstico de amenaza de parto prematuro y de esa forma tener un estudio de los microorganismos más frecuentes encontrados.

Dentro de las limitantes encontradas en éste estudio podemos mencionar la falta de toma de directo y cultivo de secreción vaginal al 100% de la población estudiada.

Estas pacientes al darles de alta se dejan en control en consulta externa, se ven el resultado del directo y cultivo de secreción vaginal y dar tratamiento para los diferentes agentes reportados.

JUSTIFICACION

El presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo y analítico de los resultados de los cultivos de secreción vaginal en pacientes con amenaza de parto pretérmino.

Debido a la alta tasa de nacimientos prematuros que ocurren en el hospital san Juan de Dios de santa Ana hemos considerado importante hacer un estudio donde se muestren los resultados de los cultivos de secreción vaginal y del tratamiento que se les ha dado a éstas pacientes con respecto a los microorganismos encontrados.

Todo esto para disminuir de manera significativa los partos prematuros debido a infecciones vaginales, y a la misma vez disminuir la morbilidad neonatal por Prematurez.

Es por ello que éste trabajo nos permite conocer aquellos microorganismos más frecuentes encontrados en los cultivos de secreción vaginal de pacientes con amenaza de parto pretérmino y de esa forma poder dar tratamiento adecuado y oportuno para evitar un parto pretérmino, así mismo disminuir la morbilidad neonatal.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la incidencia de trabajo de parto pretérmino y de partos pretérmino en el mundo permanece constante entre el 5% y el 10 %.

La amenaza de parto pretérmino se presenta en un 8 a 10% de los partos y es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal.

Según un estudio publicado en el boletín mensual de la OMS, se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. De estos más de un millón mueren por complicaciones derivadas de ese tipo de partos.

Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

La prematurez en nuestro país al igual que en muchos otros países, constituye un problema sanitario de primer orden, ya que a pesar de todos los esfuerzos en el fortalecimiento del programa materno, la frecuencia de nacimientos prematuros se va incrementando año con año, a la fecha se encuentra entre un 12%

En el hospital san Juan de Dios la incidencia de recién nacidos prematuros está entre este mismo rango.

Es por ello que el seguimiento de las pacientes con amenaza de parto pretérmino y el resultado de los cultivos de secreción vaginal es un factor importante para que poder prevenir que se produzca una amenaza de parto pretérmino.

MARCO TEÓRICO

En la prematuridad existen tres definiciones que deben tenerse en cuenta: una anterospéctica, basada en la edad gestacional menor de 37 semanas de amenorrea (o 259 días) calculada a partir del primer día de la última menstruación, son los recién nacidos pretérmino.

Esta definición en ocasiones es inadecuada o incompleta pues una parte de nuestra población obstétrica desconoce con exactitud la fecha de su última menstruación, tiene ciclos irregulares cortos o largos o han utilizado anticoncepción en los tres meses previos al embarazo.

Una segunda definición, retrospectiva. Considera a todo recién nacido con más de 500 y menos de 2.500 grs. De peso, independiente de la edad gestacional. Son los recién nacidos de bajo peso al nacer. Esta categoría incluye a los niños pretérmino (es decir, nacidos antes de las 37 semanas), término (entre las 37 y 42 semanas de gestación) y que al nacer pesan menos de 2.500 grs. Los dos últimos grupos (más de 37 semanas de amenorrea confiable con peso inferior a 2.500 g.) forman parte de los llamados pequeños para la edad gestacional o con restricción del crecimiento intrauterino.

Una tercera acepción es la que se considera como pretérmino aquellos embarazos que cursan entre 20 y 37 semanas de amenorrea confiable y cuyos recién nacidos tienen entre 500 y 2.499 g. de peso al nacer.

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazo. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres.

Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis.

No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social.

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad 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, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad). La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tienen discapacidades neuro- lógicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades.

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales.

Esta revisión se propuso definir el estado epidemiológico actual del parto prematuro y determinar su influencia en la salud y economía.

Al año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres.

Por otra parte estos recién nacidos de bajo peso constituyen alrededor del 78% de las muertes sucedidas en el período neonatal y su morbimortalidad es 30 a 40 veces superior a la correspondiente a nacidos con peso mayor de 2.500 grs. En nuestra población la cuarta parte de los recién nacidos de bajo peso tienen un puntaje de APGAR menor de 6 al primer minuto.

En la población general el porcentaje es de 10.4% al quinto minuto de vida, la proporción de deprimidos sigue siendo extremadamente alta en relación con la población general: el 8.2% en el recién nacido de bajo peso al nacer y el 2.1% en la población general. La supervivencia de los recién nacidos son mucho mayores cuando sobrepasan la semana 32 de gestación y/o los 1.250 grs. De peso al nacer.

En relación con la morbilidad en el recién nacido de bajo peso al nacer, el 46.5% de los neonatos presentan alguna patología, siendo las más frecuentes en su orden: el síndrome de distres respiratorio (el 21.1% de todos los neonatos de bajo peso hicieron SDR), la infección (el 7.0%) la hiperbilirrubinemia (el 50%) y las malformaciones congénitas (el 3.6%).

FACTORES DE RIESGO:

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

El estado que precede al parto prematuro es la amenaza de trabajo de parto prematuro, que en Estados Unidos representa el diagnóstico que más a menudo conduce a hospitalización durante el embarazo.

El estudio prenatal diseñado para establecer los condicionantes del parto prematuro, identificó que sus antecedentes, el informe materno de infección de transmisión sexual antes de las 24 semanas de embarazo y de vaginosis bacteriana se relacionaron significativamente con admisión por amenaza de parto

premature en cualquier momento del embarazo. El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y PROBABLE ETIOLOGÍA:

Han sido descritos diversos indicadores epidemiológicos relacionados con una mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso al nacer. Sin embargo, no puede precisarse con exactitud una relación de causalidad entre los factores que se mencionan más adelante y el nacimiento de niños de pretérmino. Así tenemos:

- Factores socioeconómicos:
- Embarazo múltiple (gemelar)
- Edad materna menor de 15 años
- Menos de 4 controles prenatales
- Primera consulta prenatal en el tercer trimestre
- Analfabetismo

- Factores maternos:
- Madre tabaquista
- Madre adicta a drogas
- Las alteraciones útero-cervicales congénitas o adquiridas (incompetencia ístmico cervical, malformaciones uterinas, miomas)
- La infección materna

- Factores fetales y ovulares:
- Malformaciones congénitas
- Embarazo múltiple
- Ruptura prematura de membranas
- Aumento o disminución de líquido amniótico
- Alteraciones placentarias

INFECCIONES VAGINALES:

La flora vaginal de una mujer sana, asintomática y de edad fértil comprende diversos microorganismos aerobios, anaerobios, facultativos y anaerobios obligados. De éstos los anaerobios predominan sobre los aerobios en relación aproximada de 10 a 1. Dentro de este ecosistema vaginal, algunos microorganismos producen sustancias como ácido láctico y peróxido de hidrógeno que inhiben a los microorganismos que no son parte de la flora normal. Además otros compuestos antibacterianos, llamados *bacteriocinas*, ofrecen una función similar y comprenden péptidos como acidocina y lactacina. Asimismo diversos tipos de bacterias producen factores proteínicos de adherencia y se fijan a las células del epitelio vaginal.

El pH vaginal típico varía entre 4 y 4.5- aunque no se sabe con precisión, se cree que es resultado de la producción de ácido láctico, ácidos grasos y otros ácidos orgánicos por especies de *Lactobacillus*. Además la fermentación de aminoácidos de las bacterias anaerobias tiene como resultado la producción de ácidos orgánicos, al igual que el catabolismo bacteriano de proteínas.

El glucógeno contenido en la mucosa vaginal sana proporciona nutrientes para muchas bacterias en el ecosistema vaginal. Así mismo, conforme el contenido de

glucógeno dentro de las células epiteliales vaginales disminuye después de la menopausia, este sustrato reducido para la producción de ácido eleva el pH vaginal. Los cambios en los elementos de ésta ecología modifica la prevalencia de diversas bacterias. Por ejemplo, en las mujeres posmenopáusicas que no reciben estrógenos y en las niñas jóvenes, la prevalencia de especies de *Lactobacillus* es menor que en las mujeres en edad fértil. El ciclo menstrual también modifica la flora normal. Se observan cambios transitorios, principalmente durante la primera parte del ciclo menstrual, que supuestamente son secundarios a los cambios hormonales.

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico frecuente y complejo refleja la presencia de flora vaginal anormal y se conoce poco. Ha recibido diversos nombres como vaginitis por *Haemophilus*, por *Corynebacterium*, por anaerobios o por *Gardnerella* y vaginitis inespecífica.

Por razones desconocidas, la relación simbiótica de la flora vaginal cambia y aparece un crecimiento excesivo de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis* y *Prevotella*. Además la vaginosis bacteriana se acompaña de reducción considerable o ausencia de *Lactobacillus* que producen peróxido de hidrógeno. No se sabe si el ecosistema alterado provoca la desaparición de *Lactobacillus* o si la desaparición origina los cambios observados en la vaginosis bacteriana.

La vaginosis bacteriana se ha relacionado con aborto espontáneo, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis.

FACTORES DE RIESGO:

LOS Center for Disease Control and Prevention (CDC) no consideran que ese trastorno sea una enfermedad de transmisión sexual, puesto que se observa en mujeres que no han tenido relaciones sexuales con anterioridad. Sin embargo muchos de los factores de riesgo se relacionan con la actividad sexual y en las

mujeres que padecen esta enfermedad se ha observado un mayor riesgo de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual. Son pocas las medidas para la prevención de la vaginosis bacteriana, aunque probablemente sea de utilidad la eliminación o la reducción de duchas vaginales.

CUADRO 1. FACTORES DE RIESGO PARA LA VAGINOSIS BACTERIANA

Sexo oral

Duchas vaginales

Raza negra

Tabaquismo

Actividad sexual durante la menstruación

Dispositivo intrauterino

Inicio de relaciones sexuales a edad temprana

Parejas sexuales nuevas o múltiples

DIAGNÓSTICO:

Algunos autores han publicado que la vaginosis bacteriana es la causa más común de síntomas vaginales en las consultas. De los síntomas más comunes, el más característico es una secreción transvaginal fétida no irritante, que no siempre aparece. La vagina suele encontrarse eritematosa y el examen del cuello uterino no revela anomalías.

Amsel *et al.* (1983) fueron los primeros en describir los criterios para el diagnóstico clínico, que comprenden: 1) la valoración microscópica de una preparación en fresco de la secreción vaginal, 2) medición del pH vaginal y 3) la liberación de aminas volátiles producidas por el metabolismo anaerobio. Las células guía constituyen los indicadores más confiables de vaginosis bacterianas y originalmente fueron descritos por Gardner y Duker (1995).

De manera característica, en la vaginosis bacteriana el pH vaginal es > 4.5 como consecuencia de la menor producción bacteriana de ácido. De la misma forma, la infección por Trichomonas vaginalis se acompaña de proliferación excesiva de microorganismos anaerobios y la producción de aminas. Por lo tanto, las mujeres con vaginosis bacterianas no deben tener evidencia microscópica de tricomonosis.

En las mujeres con vaginosis bacteriana se han observado varios eventos ginecológicos adversos como vaginitis, endometritis, endometritis puerperal, enfermedad pélvica inflamatoria no asociada a Neisseria gonorrhoeae o Chlamydia trachomatis e infección pélvica aguda luego de una cirugía pélvica, especialmente después de una histerectomía.

CULTIVOS:

Un cultivo positivo para Gardnerella vaginalis, es insuficiente para diagnosticar vaginosis sin el soporte de evidencias clínicas y otras pruebas de laboratorio.

Los cultivos vaginales en pacientes con vaginosis no son siempre confiables debido a que se trata de una infección poli microbiana. Adicionalmente es importante reconocer que existen mujeres que son portadoras asintomáticas de Gardnerella vaginalis de tal manera que aunque se ha demostrado su crecimiento en el 100% de cultivos en mujeres con vaginosis bacteriana, también se ha cultivado en más del 70% de las mujeres asintomáticas, por lo que se considera que es apropiado realizar cultivos para excluir otros agentes etiológicos como: Trichomonas sp, C. Trachomatis, N. gonorrhoeae.

PREVENCIÓN:

El éxito de la prevención del nacimiento de pretérmino está basado fundamentalmente en el conocimiento de los factores que aumentan el riesgo de prematuridad y el diagnóstico precoz de la amenaza de parto pretérmino a fin de establecer oportunamente la farmacoterapia indicada.

Conociendo éstos factores podremos detectar precozmente el inicio del trabajo de parto, lo cual es el factor principal para obtener éxito en el manejo de éste síndrome: una o dos semanas (ojalá se llegue a término) que logremos prolongar un embarazo especialmente entre 26 y 32 semanas de amenorrea significa 250 a 500 grs. más de peso neonatal y por supuesto, mayores posibilidades de supervivencia.

El diagnóstico precoz se basa en la presencia de las siguientes características:

- Edad gestacional entre 20 y 37 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de última menstruación. Si hay dudas, se debe establecer la edad gestacional por la medida de la altura uterina (bastante imprecisa), análisis del diámetro biparietal, longitud del fémur o perímetro abdominal fetal por ultrasonido o por pruebas de madurez mediante el análisis del líquido amniótico.
- Contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de una en 10 minutos, duración mayor de 30 segundos, durante un período de 30 minutos. Existe una nemotecnia que podemos llamar “regla del tres”, es decir para hacer el diagnóstico del parto pretérmino (amenaza o trabajo) deben existir mínimo “tres contracciones en un período de 30 minutos que duren al menos 30 segundos cada una”.
- Modificaciones del cérvix uterino en su posición, borramiento o dilatación.

OBJETIVOS

□ Objetivo General

-Identificar microorganismos más frecuentes encontrados en los cultivos de secreción vaginal en pacientes con amenaza de parto pretérmino, y parto pretérmino de Junio a Diciembre del 2012 en el área de obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

□ Objetivos Específicos

-Identificar los microorganismos más frecuentes encontrados en los cultivos realizados en pacientes con amenaza de parto pretérmino.

Identificar las edades más frecuentes entre las pacientes con amenaza de parto pretérmino en las que se tomó directo y cultivo de secreción vaginal.

Identificar la edad gestacional más frecuente al momento de la consulta de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico de pruebas de laboratorio

POBLACIÓN ESTUDIADA:

Pacientes quienes consultan con amenaza de parto pretérmino de Junio a Diciembre del 2012, los cuales corresponden a 130 pacientes según sistema de Información Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes que hayan consultado con amenaza de parto pretérmino a quienes se les tomó directo y cultivo de secreción vaginal.

Edad gestacional entre 24 y 36 semanas de amenorrea.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes en quienes no se encuentran los resultados de examen de laboratorio.

Paciente en quienes se ha tomado ultrasonografía en la que reporta mayor edad gestacional y demás datos que concuerden con edad gestacional

Mayor a la del estudio.

METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Universo: 130 pacientes

Se revisaron 130 expedientes clínicos de archivo del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en donde se excluyeron 27 pacientes por diferentes criterios de exclusión; dejándonos 103 pacientes para nuestro estudio.

Se utilizó formulario para recolección de datos.

Formulario de recolección de datos, Ver anexo

ANALISIS DE DATOS

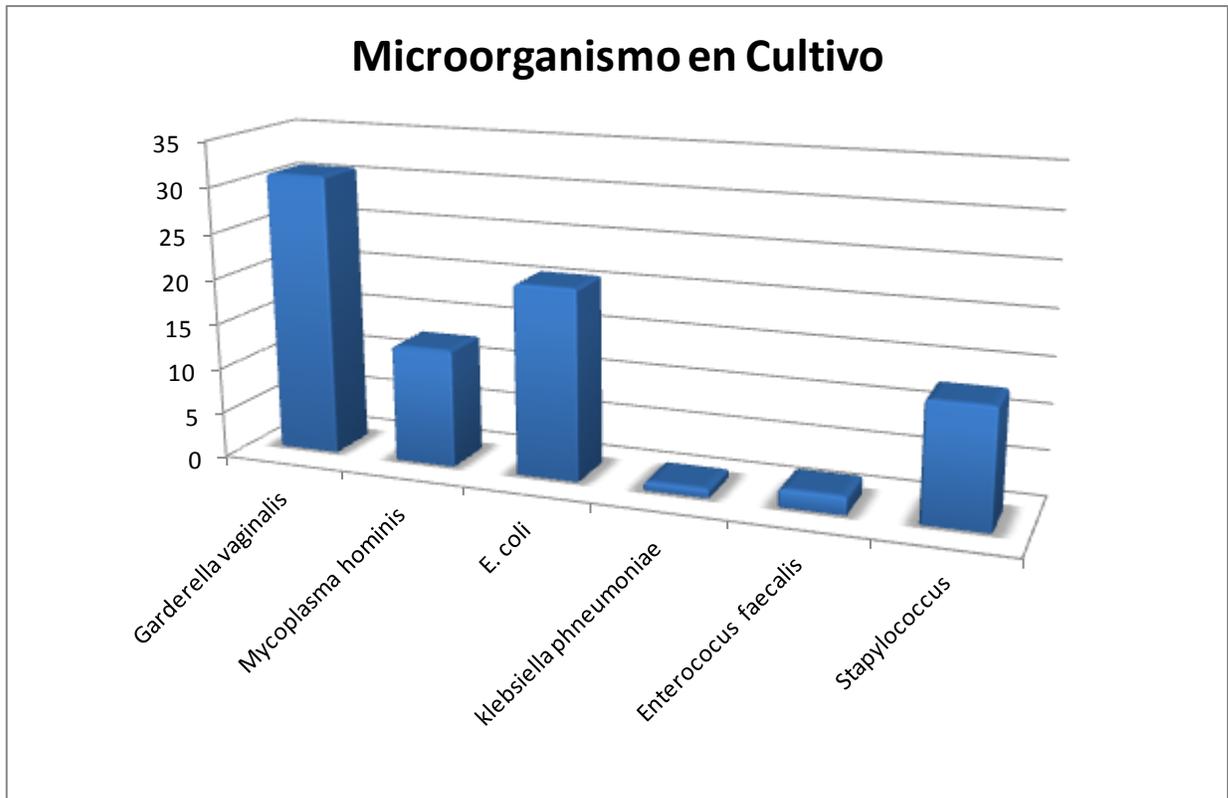
Gráfico 1: Pacientes con amenaza de parto pretérmino en quienes se tomó cultivo de secreción vaginal



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

GRAFICO 1: en esta grafica podemos apreciar que en total de muestra es de 130 pacientes en las cuales se les tomo cultivo a 103 pacientes, de estos, 22 de los cultivos tomados no se aislaron bacterias.

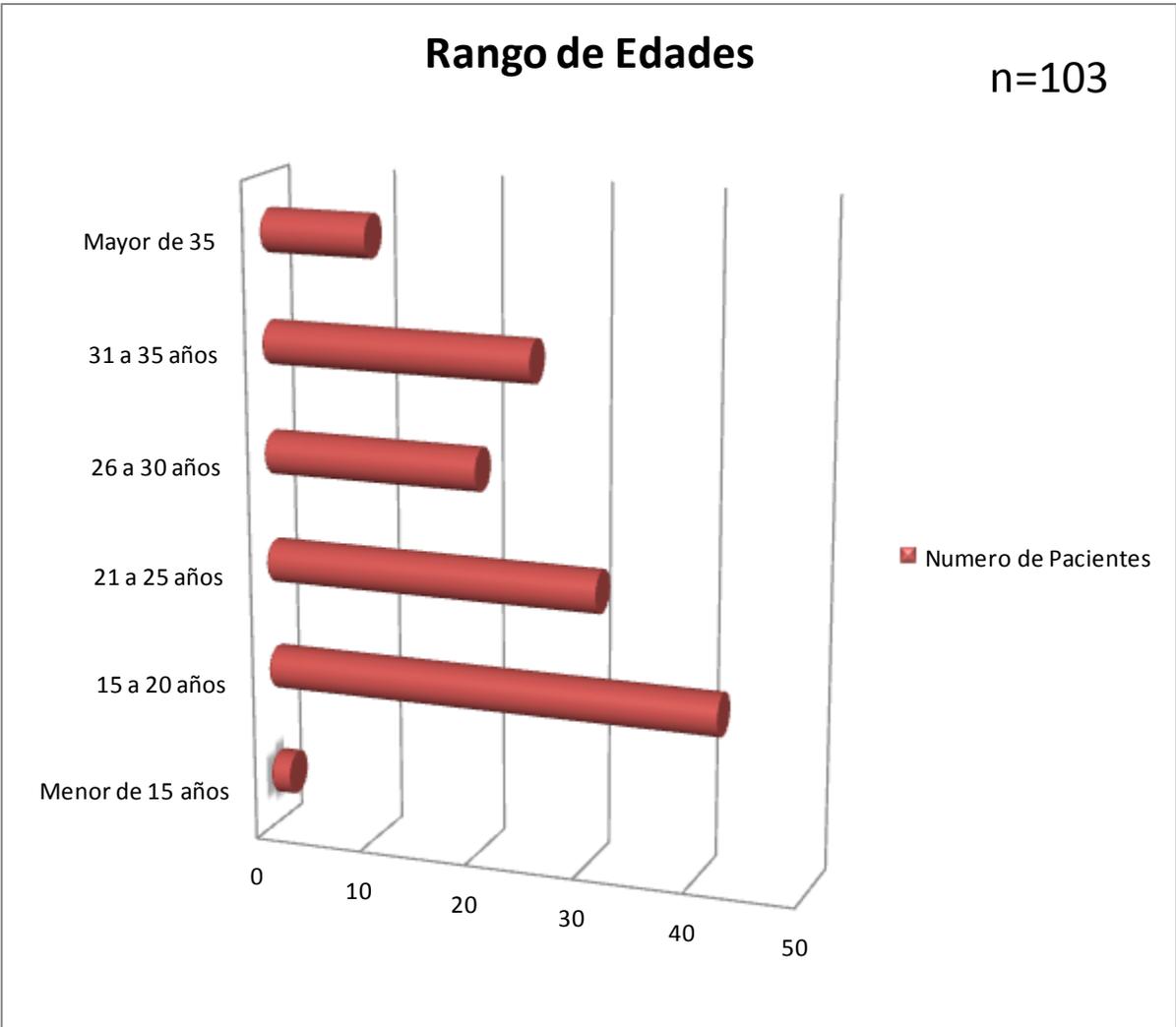
Gráfica 2: Microorganismos más frecuentes encontrados en los cultivos de secreción vaginal de pacientes con amenaza de parto pretérmino



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

GRAFICO 2: Los microorganismos más frecuente encontrados en cultivos vaginales tomados en las pacientes con amenaza de parto prematuro de junio a diciembre del 2012, fue en primer lugar la Gardnerella vaginales, seguida de la E. coli, lo cual concuerda con datos de literatura.

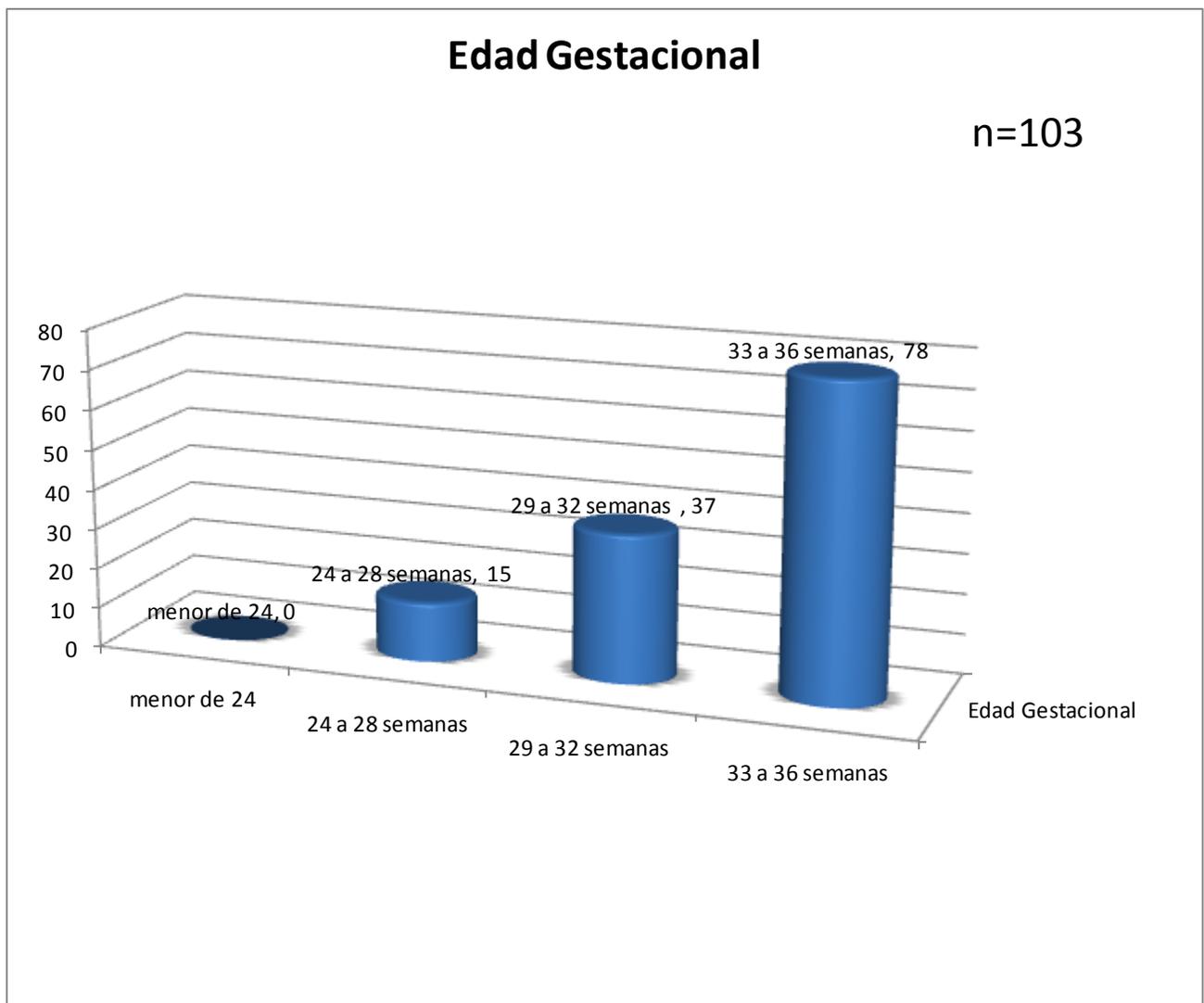
Gráfico 3: Edades de pacientes más frecuentes en las que se produce la amenaza de parto pretérmino.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

GRAFICO 3: Como podemos observar en esta gráfica, que el mayor rango de frecuencia en edades se encuentra entre 15 a 20 años,

Gráfico 4: Edad gestacional más frecuente en pacientes con amenaza de parto prematuro



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes de hospital San Juan de Dios de Santa Ana, 2012.

GRAFICO 4: Las edad gestacional relacionada más frecuente está entre las 33 y 36 semanas.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se verificó que los microorganismos más frecuentes asociados a la amenaza de parto pretérmino en Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Dios de Santa Ana de Junio a Diciembre de 2012 tenemos *Garnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* y *E. coli* lo cual podemos ver que coincide con la literatura consultada.

La edad gestacional más frecuente al momento de consulta de las pacientes con amenaza de parto pretérmino es de 33 a 36 semanas.

Se dio a conocer que a pesar de que dentro de los protocolos de atención a pacientes de gineco-obstetricia del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, se encontraron pacientes en las cuales no se tomaron directo y cultivo de secreción vaginal; esto debido a que existe hora límite para recepción de muestra en Laboratorio clínico del hospital.

Se pudo ver que las pacientes primigestas son las que con mayor frecuencia consultan y son ingresadas por amenaza de parto pretérmino, que a su vez es sumado por otros factores tanto ambiental como infeccioso; esto debido que los extremos de edades son las más relacionadas con los problemas de amenaza de parto pretérmino.

RECOMENDACIONES

- Que a nivel hospitalario se cumplan los protocolos, de detención de amenaza de parto prematuro, y velar para q se tomen los cultivos vaginales el 100% de todas las pacientes que ingresan con este diagnostico

- En primer nivel, ayude con la prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como de higiene personal para que las infecciones vaginales disminuyan.

- Fomentar la educación en ITS e iniciar tratamiento previo embarazo, y reforzar programa de planificación familiar, para que pacientes adolescentes eviten un embarazo a temprana edad.

ANEXO 1

CUESTIONARIO:

EXPEDIENTE:

EDAD:

EDAD GESTACIONAL:

DIRECTO Y CULTIVO DE SECRECIÓN VAGINAL: SI___ NO___

REPORTE DE CULTIVO:

BIBLIOGRAFIA:

Achilles SL, Amortegui Aj, Wiesenfeld HC: Endometrial plasma cells, do they indicate subclinical pelvic inflammatory disease,? Ser Transm Dis 32:185, 2005.

American College of Obstetricians and Gynecologists Vaginitis. ACOG Practice. Bulletin N° 72. Obstet Gynecol 107:1195, 2006.

Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, et al: Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med 74:14, 1983.

Anderson MR, Klink K, Kohrssen A: Evaluation of vaginal complaints. JAMA 291:1368, 2004

Bornstein J, Lakovsky Y, Lavi I, et al: The classic approach to diagnosis of vulvovaginitis critical analysis, Infect Dis Obstet Gynecol 9: 105, 2001.

Ginecología de Williams, capítulo 3. Infecciones ginecológicas, páginas 49, 50,51.

Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer. 2012. Amenaza de Parto Prematuro.

Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, Fernando Arias, segunda edición, capítulo 4, Trabajo de Parto Pretérmino.

Obstetricia de Williams edición 23° edición. Capítulo 36, Parto Prematuro.