

Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa

USO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EMBARAZO PRETÉRMINO

Dr. Valentín Martínez Camilo¹ y Dra. Vivian Álvarez Ponce²

RESUMEN: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo en la maternidad de Guanabacoa en el año 1999. El universo de estudio formado por 45 pacientes, las que presentaron rotura prematura de membrana (RPM) en embarazadas pretérmino con el objetivo de estudiar algunos factores epidemiológicos, así como la respuesta al tratamiento con antimicrobianos. De las variables estudiadas, la infección vaginal fue la enfermedad que más se asoció (con el 31,1 %) a la RPM. La vía del parto fue vaginal en el 75,5 %. El Apgar que predominó (88,8 %) fue de 7-9, con recién nacidos vigorosos. El 46,6 % de los recién nacidos no presentó complicación. De igual forma, el 77,7 % de las madres no presentaron complicación. Se concluye que el uso combinado de Penicilina + aminoglucósidos favorece el resultado final para los casos con rotura prematura de membranas y prematuridad.

DeCS: PREMATURO; TRABAJO DE PARTO PREMATURO; ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES/epidemiología; ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES/quimioterapia; PENICILINAS/uso terapéutico; ANTIBIOTICOS AMINOGLICOSIDOS/uso terapéutico; QUIMIOTERAPIA COMBINADA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1961 y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en 1971 aceptaron hablar de parto pretérmino (PP) para referirse al que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación contando desde el primer día de la misma menstruación.^{1,2}

Junto con el crecimiento intrauterino retardado, el PP es uno de los procesos más frecuentes, significativos y difíciles de la asistencia obstétrica actual. Los pocos avances experimentados en los últimos años en su prevención y control, determinan que en el siglo XXI continúa siendo un problema clínico y científico de gran envergadura.³

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Facultad No. 4 "Miguel Enríquez".

² Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesora Asistente. Facultad No. 4 "Miguel Enríquez".

A pesar de los esfuerzos realizados su incidencia permanece constante y es el PP la principal causa de la morbilidad y mortalidad perinatal potencialmente evitable.^{4,5}

Por amenaza de parto pretérmino (APP) se entiende aquella situación clínica caracterizada por un aumento anormal y prematuro de las contracciones uterinas, acompañadas de modificaciones cervicales.⁶

Aunque la APP es un proceso muchas veces de origen desconocido y difícil diagnóstico, tiene la característica de ser casi siempre reversible; esta condición justifica cuantos esfuerzos clínicos y de investigación se hagan por disminuir el problema.

El día que podamos describir las causas del inicio del trabajo parto normal estaremos en mejores condiciones para entender el complicado y difícil laberinto que rodea al PP.

Recientemente se ha conseguido documentación suficiente para demostrar que la infección y los procesos bioquímicos que la acompañan están implicados en el desencadenamiento de contracciones uterinas, y por lo tanto, en el inicio del PP,^{7,8} así como en la rotura prematura de membranas (RPM), que es el accidente obstétrico en el que se produce una solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, acompañada de salida de líquido amniótico.⁹

Por considerar que la infección es causa común de estos 2 fenómenos es que se ha incorporado el uso de antimicrobianos al tratamiento.¹⁰⁻¹² Por todo lo anterior es que nos motivamos a realizar este estudio.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo revisando las historias clínicas de 45 pacientes que habían tenido RPM y que presentaron PP durante el año 1999 en la maternidad de Guanabacoa.

Para reconocer los datos se recogió la información de las historias clínicas del hospital.

Los criterios de inclusión fueron todos los prematuros que representaron RPM. No existieron criterios de exclusión.

La operacionalización se llevó a cabo analizando las siguientes variables: los grupos de edades fueron concebidos en mujeres con menos de 15 años y más de 15 años, se agruparon de 4 en 4 años hasta 35 años y más; las afecciones asociadas se agruparon teniendo en cuenta la frecuencia con que aparece en la mayoría de las mujeres embarazadas.

En cuanto al tipo de parto se agrupó en parto normal y cesárea.

El Apgar del recién nacido se analizó por puntos según lo establecido.

Las complicaciones maternas se agruparon en infecciosas y no infecciosas.

Las complicaciones del recién nacido se agruparon desde las respiratorias hasta el fallecimiento.

Las pacientes estudiadas recibieron tratamiento combinado de Penicilina + aminoglucósidos por un período de 7 días.

El procesamiento de la información se realizó teniendo en cuenta los factores absolutos y relativos, para lo cual se utilizó una calculadora de mesa.

La presentación de la información se hizo en tablas.

Resultados

La tabla 1 muestra la distribución de las pacientes según grupos de edades, y se observa un pico de incidencia en los grupos 25 a 34 años de edad.

Al analizar la tabla 2 podemos ver que las afecciones asociadas más frecuentes fueron la infección vaginal y la urosepsis, para el 31,1 y 26,6 %, respectivamente.

TABLA 1. Distribución de las pacientes según grupos de edades

Edad	Casos	%
Menos de 20	5	11
20 - 24	10	22
25 - 29	16	35
30 - 34	14	31
35 y más	-	-
Total	45	100

TABLA 2. Distribución según enfermedades asociadas

Enfermedad asociada	Casos	%
Infección vaginal	14	31,1
Urosepsis	12	26,6
Anemia	6	13,3
Hipertensión arterial	3	6,6
Asma	2	4,4
Hipotiroidismo	1	2,2
Diabetes	1	2,2
Epilepsia	1	2,2
Ninguno	5	11,1
Total	45	100

La tabla 3 muestra que el tipo de parto que predominó fue el fisiológico, para el 75,5%.

TABLA 3. Tipo de parto

Tipo de parto	Casos	%
Fisiológico	34	75,5
Cesárea	11	24,4
Total	45	100

Al estudiar el Apgar de RN se observa que el mayor porcentaje (88,8%) fue de 7-10 (tabla 4).

La tabla 5 muestra las complicaciones del RN. Solo el 13,1% presentó neumonía congénita y el 46,6% no presentó complicaciones.

TABLA 4. Distribución según Apgar recién nacido

Apgar	Casos	%
0 - 3	-	-
4 - 6	5	11,1
7 - 10	40	88,8
Total	45	100

TABLA 5. Complicaciones del recién nacido

Complicaciones	Casos	%
Distrés respiratorio	5	11,3
Asfixia moderada	6	13,3
Neumonía congénita	6	13,1
Plétora sanguínea	5	11,3
Malformaciones	2	4,4
Ninguna	21	46,6
Total	45	100

Al realizar el análisis de las complicaciones maternas (tabla 6) podemos apreciar que sólo el 13,3% presentó infección puerperal y el mayor porcentaje (77,7%) no sufrió daño.

TABLA 6. Complicaciones maternas

Complicación	Casos	%
Infección puerperal	6	13,3
Otras	4	8,8
Ninguna	35	77,7
Total	45	100

Discusión

En las edades entre 25 y 34 años, lo cual coincidió con otros autores, hubo el mayor número de pacientes¹³ con RPM y nacimientos pretérmino, en lo cual coincidimos que se trate no como un factor causal,

sino porque en estas edades ocurre el mayor número de nacimientos.

El elevado porcentaje (31,1 %) de las pacientes con infección vaginal coincide con otros autores,^{14,15} los que consideran que esto se debe a que la infección amniótica produce citokinas que son capaces de estimular la producción de prostaglandinas para iniciar el trabajo de parto; de igual forma, las proteasas producidas como respuesta a la infección bacteriana producen debilidad de las membranas y su rotura.

Los resultados alcanzados por nosotros en relación con el tipo de parto muestran que el 66,6 % presentó parto normal, lo cual coincide con otras investigaciones donde la RPM en el trabajo de parto pretérmino no favorece otra vía de parto que no sea la fisiológica.¹⁶

De igual forma, los RN presentaron Apgar al minuto de 7 a 9 en el 88,8 %, re-

sultados semejantes a otros estudios,¹⁷ lo cual nos dice que las afecciones de estos pacientes no influyeron en el Apgar de RN cuando han tenido un manejo adecuado antes el parto.

En relación con las afecciones del RN, el mayor porcentaje (13,3 %) lo ocupó el distrés respiratorio, así como la neumonía congénita, cifras estas muy parecidas a las de otros autores,¹⁸ que consideran que las pacientes portadoras de infección del líquido amniótico aumentaron el riesgo de neumonía congénita.

A pesar de que otros autores relacionan mayor infección puerperal en las pacientes portadoras de RPM,¹⁹ nosotros no encontramos esa significación, ya que el mayor porcentaje (77,7 %) no presentó complicaciones maternas posparto, hecho que es de señalar, porque la RPM favorece la infección puerperal.

SUMMARY: A retrospective, longitudinal and descriptive study was conducted in the Maternal Hospital of Guanabacoa in 1999 among 45 preterm pregnant who presented premature membrane rupture (PMR) in order to study some epidemiological factors as well as the response to treatment with antimicrobial drugs. Of the studied variables, vaginal infection was the disease most associated with PMR (31.1 %). The birth route was vaginal in 75.5 %. The predominating Apgar (88.8 %) was 7-9, with vigorous infants. 46.6 % of the newborn infants had no complication. 77.7 % of the mothers did not present any complication, either. It was concluded that the combined use of Penicillin plus aminoglycosides favors the final result for cases with PMR and prematurity.

Subject headings: INFANT, PRENATURE; LABOR, PREMATURE; FETAL MEMBRANES, PREMATURE RUPTURE/epidemiology; FETAL MEMBRANES, PREMATURE RUPTURE/drug therapy; PENICILLINS/therapeutic use; ANTIBIOTIC, AMINOGLYCOSIDE/therapeutic use; DRUG THERAPY, COMBINATION.

Referencias bibliográficas

1. Shaffer AJ. Crecimiento fetal y adaptaciones neonatales. Enfermedades del recién nacido. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1981. P.17-20.
2. ACOG Preterm Labor TECHNICAL BULL 1989, 133. Velazco JG. Fribronectina y prevención del parto pretérmino. Med Clin 1995;105:54-5.
3. Raja W. Parto prematuro Obst. y Perin. IFFY. Kaminetsky. T.2. Buenos Aires: Editora Panamericana; 1986. P. 1461.
4. Hack M. Preterm delivery and low birth weight dire legaly N Engl J Med 1995; 333:172-4.
5. Tratamiento de la vaginosis bacteriana. Drug Therap Bull 1998;36(5):1-5.
6. Martin L, Pernoll MD. Complicaciones del embarazo fuera del tiempo. Diagnóstico y

- tratamiento ginecoobstétricos. México, DF: El Manual Moderno; 1993. P. 383-90.
7. Romero MD. Infección y trabajo de parto pretérmino. Clin Obstet North Am 1998;537-45.
 8. Hillier SL. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth. Weight infant. N Engl J Med 1995;333:1737-42.
 9. Rotura prematura de membranas. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997. P.181.
 10. Papiernik MD. Propuesta para una política programada de prevención del parto pretérmino. Clin Obst Ginecol NorTEAM 1992;2:79-91.
 11. González MI. Conducta obstétrica ante la rotura prematura de membranas. Avances en Obstetricia y Ginecología. Salvat; Barcelona: 1978. P. 207-13.
 12. Kirsckbau T. Antibiotics in the treatment of preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1993;168:1239-46.
 13. Howard J. Factores y riesgos relacionados con la aparición de un nacimiento pretérmino. Clin Obst Ginecol NorTEAM 1994;3:692-706.
 14. Meis PJ. The preterm prediction study: Significance of vaginal infections. Am J Obstet Gynecol 1995;173:1231-5.
 15. Richard L. Infecciones perinatales. Bacteriología, diagnóstico y tratamiento. Obst. y Perinatal IFFY. Kaminetsky. T2. Buenos Aires: Editora Panamericana; 1986.P.1080.
 16. Dexeus TM. Parto prematuro Obst. y Ginecol. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1979. P. 210-3.
 17. Calvin J. Consideraciones especiales sobre el tratamiento del parto prematuro. Clin Obst Gynecol NorTEAM 1990;150-1.
 18. Salafia CM. Intrauterine growth retardation infants of less thirty-two weeks gestations: associated placental-pathologic factors. Am Obstet Gynecol 1995;173:1049.
 19. Carrera María JM. Rotura prematura de membrana. Protocolos de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona Masson; 1998. P. 187-9.

Recibido: 20 de diciembre de 2001. Aprobado: 22 de mayo de 2002.
 Dr. *Valentín Martínez Camilo*. Calle Luz No. 321 altos, entre Santa María y Apodaca. Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba.