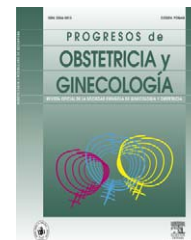


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Resultados perinatales en amenazas de parto prematuro con colonización endocervical por *Ureaplasma urealyticum*

Cristina Ros*, Montserrat Palacio, Jordi Bosch, Teresa Cobo, Mònica Martínez-Terrón y Eduard Gratacós

Servei de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 28 de diciembre de 2010; aceptado el 12 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Parto pretérmino;
Vaginosis bacteriana;
Corioamnionitis;
Micoplasma

KEYWORDS

Preterm birth;
Vaginosis;
Chorioamnionitis;
Mycoplasma

Resumen

Objetivo: Valorar los resultados perinatales en embarazadas con episodios de amenaza de parto prematuro y colonización concomitante por *Ureaplasma urealyticum* detectada mediante cultivos endocervicales.

Material y métodos: Entre enero del 2002 y diciembre del 2003 se incluyeron un total de 72 mujeres con uno o más episodios de amenaza de parto prematuro entre las 24 y 36,6 semanas de gestación, en cuyo ingreso se realizó un cultivo endocervical para micoplasmas genitales. Criterios de exclusión: embarazos múltiples, rotura prematura de membranas previa a la amenaza de parto prematuro. Se compararon los resultados perinatales entre las pacientes con y sin colonización concomitante por *U. urealyticum*.

Resultados: Al comparar el grupo de mujeres con cultivo endocervical positivo a *U. urealyticum* (30 pacientes) y el grupo con cultivo negativo (42 pacientes) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad materna, la nuliparidad, la longitud cervical o el test de Bishop. La edad gestacional en el momento del parto fue muy similar en ambos grupos, así como los resultados perinatales. No se observó ningún caso de corioamnionitis ni sepsis neonatal.

Discusión: En mujeres con episodios de amenaza de parto prematuro, la positividad del cultivo endocervical para *U. urealyticum* al ingreso no se asocia a mayor riesgo de parto pretérmino ni aumenta la morbilidad perinatal.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Perinatal results in threatened preterm labor related to *Ureaplasma urealyticum* colonization

Abstract

Objective: To assess the perinatal results in pregnant women with threatened preterm labor and detection of *Ureaplasma urealyticum* by endocervical culture.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cros@clinic.ub.es (C. Ros).

Material and methods: Seventy-two pregnant women with at least one episode of preterm labor between 24 and 36.6 weeks of pregnancy from January 2002 to December 2003 were included in our study. An endocervical culture for genital mycoplasmas was performed at admission. Exclusion criteria consisted of multiple pregnancy and premature rupture of membranes prior to the episode of threatened preterm labor. Perinatal results were compared in women with positive and negative cultures to *U. urealyticum*.

Results: There were 30 women with a *U. urealyticum*-positive culture and 42 women with a *U. urealyticum*-negative culture. There were no statistically significant differences in maternal age, nulliparity rate, cervical length or Bishop's score. Gestational age at delivery and perinatal results were highly similar in the two groups. There were no cases of chorioamnionitis or neonatal sepsis.

Discussion: In women admitted to hospital for threatened preterm labor, detection of *U. urealyticum* in endocervical culture at admission is not related to an increased risk of preterm birth or with increased perinatal morbidity.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El parto pretérmino ocurre en el 5-10% de los nacimientos y es la principal causa de morbilidad perinatal. La prematuridad explica hasta el 60% de las muertes neonatales (excluyendo los recién nacidos con malformaciones congénitas), y las secuelas de la prematuridad, tales como la displasia broncopulmonar o los déficits neurológicos, hacen del estudio de sus causas y su manejo uno de los principales objetivos de la obstetricia en la actualidad¹.

Aunque se han descrito múltiples factores asociados al parto pretérmino, la etiología es desconocida en la mayoría de los casos. Hay evidencias que sugieren que la infección juega un rol importante en la patogénesis del parto prematuro. Se postula que hasta un 50% de partos pretérmino inferiores a 30 semanas, de forma directa o indirecta, son de causa infecciosa^{2,3}.

El acceso de los patógenos hacia la cavidad amniótica y el feto se realiza a través de diferentes vías: ascendente, hematógena, retrógrada desde las trompas de Falopio o introducción accidental mediante procedimientos invasivos. De todas ellas, la vía ascendente desde la vagina o el cérvix parece ser la más frecuente^{1,4,5}. Por lo tanto, el cribado de la flora genitourinaria de las mujeres con amenaza de parto pretérmino es una aproximación (aunque pobre) de la microflora del tracto genital superior⁶.

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico basado en la alteración de la microflora genital, en la que *Gardnerella vaginalis*, anaerobios tales como *Prevotella*, *Bacteroides*, *Peptostreptococcus* y *Mobilincus*, y *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* predominan en las secreciones vaginales. Este complejo polimicrobiano, comparado con la flora genital normal dominada por *Lactobacillus*, parece asociada con un incremento del riesgo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y otras complicaciones perinatales⁷.

Los micoplasmas genitales incluyen, entre otros, *U. urealyticum* y *M. hominis*, aunque en la literatura se ha descrito un predominio del primero, con prevalencias claramente superiores tanto entre mujeres gestantes como en no gestantes. Además, los cultivos positivos a *M. hominis* suelen estar coinfectados por *U. urealyticum*^{8,9}.

Los micoplasmas genitales son aislados en más del 60% de las pacientes con vaginosis bacteriana¹⁰. Se ha demostrado recientemente que los microorganismos implicados en la vaginosis bacteriana son similares a los que causan infección, y se postula una posible asociación. La literatura anglosajona describe que hasta el 20% de las gestantes de bajo riesgo presentan vaginosis bacteriana, la mayoría de forma asintomática¹¹. Por lo tanto, las guías actuales recomiendan el tratamiento de la vaginosis solo en gestantes de alto riesgo de parto pretérmino¹². Sin embargo, no se dispone de datos concluyentes respecto a la eficacia del tratamiento de los micoplasmas genitales aislados en el tercer trimestre de gestación en pacientes con episodios de amenaza de parto pretérmino. Puesto que los micoplasmas genitales no se aíslan en medios de cultivo habituales, es relevante evaluar la efectividad de realizar cultivos específicos al ingreso de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.

El objetivo de nuestro estudio es determinar los resultados perinatales de las pacientes con amenaza de parto pretérmino y bolsa íntegra, con cultivos positivos para micoplasmas genitales, comparándolos con los resultados de las pacientes sin dichos gérmenes aislados en cultivo endocervical. Esto debería ser útil para poder valorar la necesidad de incluir cultivos específicos para micoplasmas en el protocolo de amenaza de parto pretérmino en el momento del ingreso hospitalario.

Material y métodos

Se incluyeron en el estudio las mujeres ingresadas por amenaza de parto prematuro entre enero de 2002 y diciembre de 2003, con edad gestacional al ingreso entre 24 y 36,6 semanas. Los criterios de ingreso fueron la presencia de dinámica uterina en el registro cardiotocográfico (≥ 3 contracciones/10 min) y las modificaciones cervicales objetivadas por tacto vaginal (Bishop > 3). En el momento del estudio, la longitud cervical valorada ecográficamente no era utilizada como criterio de ingreso de forma extendida.

De acuerdo con el protocolo aprobado en nuestro centro, se instauró tratamiento tocolítico hasta la remisión de la sintomatología, y se administraron dos dosis de betametasona (12 mg por vía intramuscular) durante 2 días para la maduración pulmonar fetal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968765>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968765>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)