



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Vaginosis bacteriana como factor de riesgo para la
amenaza de parto pretérmino”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Jaime FLORES RIVAS

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Flores, J. Vaginosis bacteriana como factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

**“ VAGINOSIS BACTERIANA COMO FACTOR
DE RIESGO PARA LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO “**

**HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SAENZ
SERVIVIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE OBSTETRICIA.**

INDICE

Indice	02
Resumen	03
Planteamiento del estudio	04
Planteamiento del problema	04
Marco Teórico	04
Formulación del problema	11
Hipótesis	12
Material y métodos	16
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información	18
Resultados	20
Discusión	32
Conclusiones	33
Bibliografía	35
Anexos	37

“VAGINOSIS BACTERIANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO “

**HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SAENZ
DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA.**

I. DATOS GENERALES: El presente trabajo se realizó en el Hospital central de Policía Nacional Del Perú en los ambientes de hospitalización, clínica de Oficiales y Sub-oficiales de Obstetricia de alto riesgo, en coordinación con el Jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, Crnl.-Med. Eduardo Vidal Barreda y Jefe de la unidad de Obstetricia, Crnl-Med. Alfredo Aramburú Gonzales.

RESUMEN: Estudio de casos y controles realizado entre abril de 2005 y noviembre de 2006 hospital nacional PNP Luis N. Sáenz División de Ginecología y Obstetricia Departamento de Obstetricia. En el que se investigó la presencia de Vaginosis Bacteriana en gestantes (“casos” y “controles” de 22-36 semanas de gestación que cumplieron los requisitos de ingreso al estudio), con la finalidad de investigar la influencia de esta patología en la gestación, como factor de riesgo causal de amenaza de parto pretérmino.

Para determinar la presencia de Vaginosis Bacteriana se valoró los criterios clínicos de Amsel y cálculo de la puntuación de Nugent. para procesar los datos obtenidos se uso el programa Spss Versión 3.0 para introducir los datos estadísticos, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y el indicador Odds ratio para estimar el riesgo. La población del estudio estuvo conformada por 210 mujeres gestantes , antes de las 37 semanas, hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia del Hospital nacional PNP Luis N. Sáenz. con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino y que fueron sometidas a los criterios de inclusión y criterios de exclusión del presente estudio. **Resultados:** De los 80 casos de nuestro estudio con amenaza de parto pretérmino 78.75% presentaron vaginosis bacteriana y 21.25% no la tenían. La prevalencia de Vaginosis Bacteriana en gestantes es de un 42.38%, En el presente estudio se encontró que un 78.75% de la muestra de las mujeres estudiadas con amenaza de parto pretérmino tiene Vaginosis Bacteriana, el indicador OR: las pacientes con

Vaginosis Bacteriana tienen 7.69 veces más riesgo de sufrir amenaza de parto pretérmino, representando un factor de riesgo durante el embarazo, no solo para la madre, sino para el feto.

II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema:

2.1.1 Planteamiento del problema: La Vaginosis Bacteriana es una patología infecciosa que afecta al tracto genital inferior femenino cuya etiología es polimicrobiana, estando implicados patógenos como *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus*, *Gardnerella vaginalis* y otros agentes.

Diversos estudios han planteado la posibilidad de que la Vaginosis Bacteriana en una gestante sea un factor de riesgo relacionado a la aparición de amenaza de parto pretérmino, sin embargo no existen trabajos que mencionen si existe relación causal entre Vaginosis Bacteriana, a pesar de que esta relación se puede inferir de la naturaleza del proceso fisiopatológico como la participación de diversos mediadores de la inflamación (Interleukinas, factor de necrosis tumoral, etc.) sustancias cuya producción se incrementa durante el proceso fisiopatológico de la Vaginosis Bacteriana y conducen a una serie de reacciones que llevan a comprometer estructuralmente elementos importantes como las membranas ovulares y también alterando la concentración de prostaglandinas con lo cual se cerraría el círculo de relación causa-efecto entre Vaginosis Bacteriana y amenaza de parto pretérmino.

2.1.2 Marco teórico:

La Vaginosis Bacteriana es una patología infecciosa que afecta al tracto genital inferior femenino, que se caracteriza por una descarga de flujo vaginal anormal y homogénea, en mujeres de edad reproductiva cuya etiología es polimicrobiana (11). Esta infección vaginal es ocasionada por un gran número ó elevada concentración de microorganismos mixtos con disminución de los lactobacilos en el ecosistema vaginal.(11). Se asocia a amenaza de parto pretérmino, enfermedades del tracto urinario e infertilidad y parece estar relacionado a la actividad sexual

La Vaginosis Bacteriana es un síndrome, anteriormente llamado Vaginitis inespecífica ó leucorrea asociada a Gardnerella. Se caracteriza por un aumento de un flujo vaginal blanco, homogéneo, mal oliente y uniformemente impregnado de células de la pared vaginal en mujeres de edad reproductiva.(11)

Sin embargo la literatura describe que hay aproximadamente 50%, de todas las mujeres con Vaginosis Bacteriana, que no se quejan de padecer flujos anormales vaginales.

No se sabe con certeza si la Vaginosis Bacteriana es una infección de transmisión sexual (ETS), pero éste síndrome se asocia a los factores de riesgo de éstos (2), como son la existencia de varios compañeros sexuales ó de un contacto reciente de un compañero sexual. Sin embargo, no se ha logrado identificar claramente como agente causal a ningún microorganismo transmitido sexualmente (2).

Los Factores de riesgo, entre otros son múltiples compañeros sexuales y relaciones sexuales antes de los 25 años (6). Esto se ve favorecida con ciertos cambios de la fisiología vaginal inducida por un nuevo compañero sexual. Otros factores son uso de Dispositivos intrauterinos (DIU), duchas vaginales y el propio embarazo. La ducha vaginal produce barrido de gérmenes vaginales incluidos los lactobacilos. También son considerados Factores de riesgo la edad: menores de 20 y mayores de 40 años, condiciones socioeconómicas maternas, hábitos de vida, talla baja, estado de salud materna, bajo de peso, Infecciones locales del canal vaginal, solteras, tabaquismo (18).

La Vaginosis bacteriana es una alteración de la ecología vaginal, esta Infección vaginal es ocasionada por un gran número ó elevada concentración de microorganismos mixtos con disminución ó ausencia de lactobacilos de Döderlein (que son gérmenes Gram positivos) (11). En la Vaginosis bacteriana la flora normal (lactobacilos de Döderlein) se ve disminuída y sustituída por otros gérmenes como la Gardnerella vaginalis, Ureaplasma ureolyticum, Micoplasma Hominis, y especialmente dos especies de bacilos anaerobios gramnegativos curvos y móviles: Mobiluncus curtisii y Mobiluncus mulieris, También aumenta otras especies de Bacteroides, y peptoestreptococos. Que probablemente contribuyan a la patogenia de la Vaginosis Bacteriana. Por otra parte la Gardnerella vaginalis se ha aislado en un 43% en vaginas de embarazadas de parto pre término.

Sin embargo hay que reconocer que muchas de ellas están presentes hasta en un 50% de mujeres que no poseen ésta enfermedad (3), de gestantes con molestias vaginales el 20 a

30 % son Vaginosis Bacteriana (7,9) y del 15 a 20 % de las mujeres sin gestación con molestias vaginales, es Vaginosis Bacteriana (7,9).

Como señalamos anteriormente muchos autores han comunicado que los efectos inflamatorios producidos por la infección microbiana de la vaginosis bacteriana tendrían implicancias en el desencadenamiento de los mecanismos que llevan finalmente a la aparición de contracciones uterinas, trabajo de parto pre término, ruptura de las membranas ovulares antes del término y otros eventos.^(2 5 9 12 13)

La vaginosis bacteriana parece estar relacionada a la actividad sexual, se asocia a amenaza de parto pre término, enfermedades del tracto urinario e infertilidad.

La Vaginosis Bacteriana No se asocia con signos de inflamación local de la mucosa vaginal y rara vez ocasiona prurito vulvar. Esta patología no da molestias de tipo inflamatorio, ni dolor siendo su sintomatología manifiesta la de persistencia de un olor a gas sulfhídrico (olor a pescado podrido) (15,18).

Los Criterios de AMSEL.- El diagnóstico se realiza con 3 ó más de los siguientes características

Descarga vaginal excesiva, blanco grisáceo y homogénea

pH elevado: igual ó mayor a 4.7

Test de aminas positivo

Presencia de células guía ó clave (células epiteliales con coco bacilos adheridos)

Las células guías se preparan en fresco con 1 ó 2 gotas de la descarga vaginal mezcladas con 1 ó 2 gotas de suero fisiológico ó cloruro de sodio al 0,9%.coloreándose sobre un porta objeto el cuál es llevado a la microscopia óptica, usando objetivos de bajo y alto poder. Se obtiene una sensibilidad de 60% una especificidad de 98%.Son visibles en coloración Gram en la secreción Vaginal.

Puede practicarse test de Whiff ó test de aminas se agrega KOH al 10% a la descarga vaginal y si aparece olor intenso a pescado ó amina entonces el test es positivo y sugestivo de Vaginosis Bacteriana.

Este olor a pescado resulta de la liberación de aminas y ácidos orgánicos producidos por la alcalinización de Bacterias Anaerobias. Otro método para el estudio de la vaginosis bacteriana en la clasificación de Nugent.

Como señalamos anteriormente muchos autores han comunicado que los efectos inflamatorios producidos por la infección microbiana de la vaginosis bacteriana tendrían implicancias en el desencadenamiento de los mecanismos que llevan finalmente a la aparición de contracciones uterinas, trabajo de parto pre término , ruptura de las membranas ovulares antes del término y otros eventos. (2) (5) (9) (12)(13).

La Vaginosis Bacteriana considerada como un proceso benigno es al parecer un factor de riesgo para el parto pre término, las salpingítis agudas, las complicaciones neonatales, y perinatales (4).

La amenaza de parto pretérmino constituye un importante motivo de consulta en la emergencia obstétrica , atribuyéndose como causa a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de casos la infección del tracto vaginal (15).

Del 30% predispuesto para parto pre término solo el 5% al 10% sucede, y 40 a 70% de neonato de bajo peso corresponde a parto pre término.

La prematuridad es la primera causa de mortalidad perinatal, y su tasa, no se ha logrado disminuir, a pesar de las recomendaciones UNICEF, OMS y otros.(20)

La Vaginosis Bacteriana se ha asociado con malos resultados perinatales, identificarlos durante el embarazo y aplicarle tratamiento disminuye el riesgo de nacimientos pre términos y sus consecuencias.

El Parto Pre término ocurre el 50% en pacientes sin aparente factores de riesgo, aumenta a partir de los 40 años, y con bajo grado de escolaridad (1).

.

Parto Pre término incidencia de 8-10% del total de partos. Y es el que ocurre antes de las 37 semanas, y según la OMS mayor de 22 semanas de gestación.

Los Países pobres corresponde al 20% de los partos(1,10), 75% de las muertes perinatales, 50% de anormalidades neurológicas son atribuidas a la prematurez (1,10).

Se ha podido constatar la presencia de algunos patógenos en liquido amniótico (12), proceso inflamatorio pélvico, hemorragias Inter menstruales (18,19) endometritis no asociado a partos , y post parto (13,15).

Aumenta las infecciones en el post operatorio (16), infecciones del tracto urinario recurrente (17), y displasias cervicales (20).

Los mecanismos por los cuales se establecería esta relación causal implican la participación de diversos mediadores de Inflamación, interleucinas, factor de necrosis tumoral, etc.; estas sustancias son producidas en mayor cantidad durante el proceso fisiopatológico de la vaginosis bacteriana y conducen a otra serie de reacciones que llevan a comprometer estructuralmente elementos importantes como las membranas ovulares y también a la presencia en el escenario de las prostaglandinas; con lo cual se estaría cerrando el círculo de relación causa efecto entre vaginosis y el parto pre término (4) (7) (9).

En la Fisiopatología del parto pre término se mencionan a los Mobiluncus y Bacteroides que producen ácido succínico que disminuyen la migración de leucocitos neutrófilos hacia la bacterias y además inhibe la fagocitosis.

La fosfolipasa A2 elaborada por los agentes causantes de la Vaginosis Bacteriana produce contracciones uterinas en el pre término y RPM.

La IL-6 en la secreción Cérvico vaginal de pacientes sintomáticas y asintomáticas se asocia con parto pre términos y está en relación con la presencia de fibronectina fetal Cervico vaginal

El Factor estimulante de las colonias de granulocitos: citoquinas, producida por los monocitos, la cual promueve la quimiotaxis de los leucocitos. Considerado marcador de inflamación asociado a parto pretérmino.

La Lactoferrina, glicoproteína fijadora de fierro, bacteriostático al disminuir los nutrientes de la bacterias en su unión con el fierro, está presente en los neutrófilos, y asociado como marcador de parto pre término.

Parto pre término es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en los países industrializados. En francia 5.9% de los partos (países industrializados). La frecuencia de parto pre términos: en el Perú 5.1%, Uruguay 10%, Chile 9.4%.

Las causa del parto pre término espontáneo todavía no se conocen exactamente pero el porcentaje de partos pre términos espontáneos es 43%. la vaginosis bacteriana puede ser uno de los factores causales.

Desde la mitad de los 80 algunos estudios han demostrado que la vaginosis se asocia estadísticamente con el parto pre termino (3,5).

Sin embargo, la frecuencia y el papel de la vaginosis bacteriana durante la gestación todavía no han sido objetos de estudio en Europa (10,12).

El parto pretérmino es una entidad obstétrica, cuya incidencia oscila entre el 5 al 20% del total de partos, otros 30% (20) y solo se da 5 al 10% variando esta cifra según los reportes de acuerdo a las latitudes geográficas y condiciones socio-económicas y cultural, estado de nutrición y grado de anemia, gestante adolescente o añosa de los sitios donde se han reportado las series (1) (6) (19) (14).

La prematuridad es la primera causa de mortalidad perinatal y ésta tasa no se ha disminuído a pesar de las recomendaciones de la OMS, UNICEF y otros. (11). Cuando se produce un parto pretérmino aumenta en forma importante la morbilidad y la mortalidad, sobre todo neonatal, teniendo esto implicancias importantes en cuanto al empleo de recursos materiales y humanos, que repercute con mayor fuerza en las zonas pobres, así como en el retardo del desarrollo de las sociedades (3) (10) (13).

Dentro de las perspectivas terapéuticas de la amenaza de parto pretérmino, una vez que esta patología está presente, el empleo de tocólisis no da finalmente resultados óptimos, dilatando simplemente en muchas ocasiones el evento final, que es el parto pre término; es por esta razón que el enfoque está dirigido diagnosticar y manejar los factores de riesgo de la entidad, así resulta de suma importancia conocer certeramente sobre todos y cada uno de estos factores dentro de los que se encontraría la Vaginosis bacteriana (1)(3)(5)(11)(13).

El trabajo de parto pretérmino está alrededor del 35% de los partos pre términos, y han sido estudiadas las vías fisiopatológicas que conectan los factores de riesgo con estos nacimientos. Dentro de los mas importantes se citan: infecciones cervicales, vaginales y del líquido amniótico, variaciones en la contractilidad uterinas, stres, toxinas fetoplacentarias, y falta de volumen plasmático.

Ya en trabajos de **Goodlin** demostraron que el 60% de las mujeres en trabajo de parto pre término tenían cifras de volumen plasmático 3 desviaciones estándar debajo de la media, y casi el 50% de las mujeres con amenaza de parto pretérmino responden al reposo en cama y a la hidratación. Ambas medidas aumentan el volumen plasmático y disminuyen con esta terapia la liberación de hormona antidiurética y oxitocina.

El parto pre término es una enfermedad social lo que explica que los países pobres o las minorías postergadas, presentan cifras superiores al 20% de los partos.

Excluidas las malformaciones congénitas. El 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anomalías neurológicas son atribuidas directamente a la prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema.

El parto prematuro es el que ocurre antes de la 37 semanas de gestación y el límite inferior de la edad gestacional que establece el límite entre parto prematuro y aborto, es de acuerdo a lo propuesto por la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso, 25 cm de la corona a la rabadilla fetal

Son muchos factores que se asocian al parto pre término entre ellos ser soltera, baja de peso, y talla, tabaquismo, edad menor de 20 años, y mayor de 40, enfermedades sistémicas graves, etc.

Por otra parte hay mayor evidencia de que la microflora Cervico vaginal y/o la respuesta inflamatoria que ella produce genera factores que predisponen al parto pre término y/o a la ruptura prematura de membranas.

La vaginosis bacteriana constituida mayoritariamente por *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma urealyticum* están fuertemente asociadas a la amenaza de parto pre término, trabajo de parto pretérmino y parto pretérmino..

La *Gardnerella vaginalis* descrita por Gardner y Duekes en 1955, es una bacteria Gram negativa, poco móvil que se cultiva preferentemente en agar chocolate, su diagnóstico se realiza por la secreción vaginal, que se acompaña por un olor a pescado que se acentúa al contacto con una solución alcalina como el KOH al 10% conocido como el test de aminas. El tratamiento de elección en pacientes no embarazadas es el metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días, también puede utilizarse ampicilina en dosis de 500mg cada 6 horas por 7 días, clindamicina crema vaginal al 2% , óvulos de clindamicina es un medicamento ideal en el embarazo por un periodo de 7 a 10 días.

La *Gardnerella Vaginalis* se aisló en un 43% en vaginas de embarazadas con parto pre término.

A. Mendoza y Col. Hicieron un estudio de *Gardnerella vaginalis* y Vaginosis Bacteriana. Describen que en 1954-1955, Gardner y Dukes aislaron en vaginitis no específica a un organismo semejante al *Haemophilus*, informando como causantes de infecciones vaginales, esta bacteria es un bacilo corto Gram negativo y que se desarrollaba en medios que contengan sangre por lo que se denominó *Haemophilus vaginalis*, que se hallaban

adherido a la superficie de ciertas células epiteliales y le llamaron células Guías. posteriormente se demostró que esta bacteria no requiere grupo heme para su reproducción, ni reduce los nitratos, por lo que se clasificaron dentro del grupo de las corynebacterias. sin embargo en 1980 Greenwood y Ticket, demostraron que este microorganismo era catalasa negativo y carece de arabinosa en su pared celular por lo que establecieron un nuevo grupo en honor a Gardner y habiéndose localizado en la pared vaginal lo llamaron Gardnerella vaginalis.

La amenaza de parto pre término es una complicación importante del embarazo, (1)(5)(14). Si esta entidad no se trata, progresa y lleva a la ocurrencia del parto pre- término, antes denominado parto prematuro(1)(9);y la consiguiente obtención de un producto de la gestación aun inmaduro, que no tiene todavía los medios necesario para defenderse y sobrevivir en el medio extrauterino, acarrea un uso muy importante de recursos materiales, humanos y otros efectos, como el establecimiento de secuelas, en algunos casos severas en el desarrollo ulterior del recién nacido (2)(4)(8).es decir malos resultados perinatales (11).

Es de mucha importancia disminuir todo factor de riesgo que nos dé la posibilidad que ocurra una amenaza de parto pre término y esto se logrará en la medida que investiguemos más y lleguemos a un conocimiento más preciso de factores etiológicos de éste cuadro clínico, y así poder afrontar con mayor conocimiento y profesionalismo el manejo integral de esta complicación, sobre todo desde el punto de vista preventivo. Nos interesa entonces determinar si es realmente es cierto que existen factores condicionantes a la aparición de parto pre término; y como uno de ellos ha sido señalado la presencia de vaginosis bacteriana en la gestante(6)(10)(13)(14).tanto la vaginosis bacteriana como el parto pre término tienen factores etiológicos en común entre éstos coinciden la pobreza, nivel socio cultural bajo, malnutrición, gestantes adolescentes, gestantes añosas y anemia (11).además se ha podido constatar la presencia de algunos de éstos patógenos en el líquido amniótico, en endometritis post parto (1)(11). Por eso nos parece necesario dilucidar si existe relación entre el hecho que una gestante presente vaginosis bacteriana y la aparición de amenaza de parto pre término; con este propósito hemos procedido a diseñar la presente investigación

2.1.3 Formulación del problema:

¿Es la Vaginosis Bacteriana un factor de riesgo que condicione la aparición de amenaza de parto pretérmino en gestantes sin ningún otro factor que condicione la aparición de amenaza de parto pretérmino?

2.2 HIPÓTESIS: La Vaginosis Bacteriana aumenta el riesgo de aparición de amenaza de parto pretérmino en mujeres sin ningún otro factor que condicione la aparición de amenaza de parto pretérmino.

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo general: Demostrar la asociación entre la Vaginosis Bacteriana y la amenaza de parto pretérmino y determinar si la Vaginosis Bacteriana modifica el riesgo de aparición de amenaza de parto pretérmino en gestantes sin ningún otro factor que condicione la aparición de amenaza de parto pretérmino.

2.3.2 Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de Vaginosis Bacteriana en pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Determinar la prevalencia de Vaginosis Bacteriana en pacientes sin amenaza de parto pretérmino.
- Establecer si existe asociación de riesgo entre Vaginosis Bacteriana y la amenaza de parto pretérmino, utilizando la medida de asociación Odd Ratio.

2.4 Justificación e importancia: Desde el punto de vista práctico el presente trabajo se realiza con el fin de obtener datos epidemiológicos que nos permitan ampliar el conocimiento sobre cual es la influencia de la Vaginosis bacteriana en la gestación, tratamos de observar datos mas confiables ya que en la actualidad la información con la que cuenta el personal medico es insuficiente debido al subregistro y a la falta criterios estandarizados para recoger la información de esta entidad nosológica, siendo esta información valiosa para monitorizar adecuadamente el bienestar fetal y así tomar las medidas pertinentes para prevenir el parto pretérmino.

Desde el punto de vista ético, es de suma importancia notar que este trabajo se realiza bajo

el principio de beneficencia para los pacientes debido a que al conseguir una información más fidedigna y confiable se podrían prevenir otras complicaciones que desencadena la Vaginosis Bacteriana, velando así por mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, que son la razón de nuestro esfuerzo diario como médicos en pos del bienestar de la población en general.

POBLACION Y MUESTRA

DISEÑO MUESTRAL

Se aplica el MAS para proporciones con liderando el para metro de interés P: pacientes con amenaza de parto pretérmino

Formula

$$n = \frac{N * P * Q * Z^2}{(N - 1)e^2 + P * Q * Z^2}$$

- N = Total de la población : 210
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (en este caso deseamos un 2.2%).

Remplazando se tiene

$$n = \frac{210 * 0.5 * 0.5 * 1.96^2}{(210 - 1)0.05^2 + 0.5 * 0.5 * 1.96^2} = \frac{201.684}{2.5219} = 79.97 \approx 80$$

Se considerara 80 pacientes con amenaza de parto pretérmino (casos) los cuales se aparearon con 80 controles . Las estimaciones se realizaron con margen de error de 2.2% y una confiabilidad del 95%

Por ser una investigación de tipo comparativo, y la población es tomada de modo prospectivo, se toma como muestra a todas las Pacientes admitidas en hospitalización del

departamento de Obstetricia del HNPNP, con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que cumplen con los criterios de ingreso y de exclusión al presente de estudio, desde abril a octubre del 2006 . Todas las pacientes que ingresen al presente estudio de casos y controles firmarán un consentimiento informado.

Criterios de selección.

Criterios de Inclusión.

Gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, sin evidencia de otra patología obstétrica concomitante

Gestación única y viable con diagnóstico ecográfico

Gestante mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas.

Criterios de Exclusión.

Se excluyeron aquellas pacientes que se rehusaron a entrar al estudio ó que hayan recibido al menos una dosis de antibióticos siete días previos a la toma de muestra.

Embarazo con otro diagnóstico, concomitante e independiente del cuadro de amenaza de parto pre término. Así como pre eclampsia, RCIU, DM, Colestasis, ITU, trastornos psicológicos, uso de antibióticos 7 días previos RPM, hemorragias, polihidramnios, oligohidramnios.

Embarazo gemelar ó múltiple. Embarazo no viable, Embarazos $> 0 = a 37$ semanas, y $< 0 = a 22$ semanas

Tipo de estudio: Estudio de casos y controles..

Variables de estudio:

Variables independientes:

Gestante con amenaza de parto pre término.

Variables dependientes:

Presencia ó no de vaginosis bacteriana.

Variables intervinientes:

Edad de la paciente

Edad gestacional

Paridad

Operacionalización de las variables

Variables Dependientes:

Indicador..... Dx. de Vaginosis Bacteriana

Medición.....Célula Clave ò Guía

Test de Aminas ò *de Whiff*

pH. Vaginal > 4.7

Descripción de leucorrea homogénea.

Cultivo de flujo vaginal

Categoría.....Positivo: para Vaginosis Bacteriana.

2 ò más elementos de la medición.

ó solo cultivo positivo.

Negativo: si no cumple parámetros

Para la categoría anterior.

Variables Intervinientes.

<u>Indicadores</u>	<u>Categoría</u>	<u>Medición</u>
Edad de la Paciente	Jóvenes	>19 a 29 años.
	Adecuada	>30 a 35 años.
	Añosa	> 35 a 45años.
Paridad	Nulíparas	sin parto.
	Primíparas	1 parto anterior.
	Multíparas	2 ò más partos.
Edad Gestacional	en 2º trimestre	>22 a 28 semanas.
	en 3º trimestre	29 a <37 semanas.

MATERIALES Y METODOS

Entre abril de 2005 y noviembre de 2006 se llevó a cabo un estudio de casos y controles en el cual se investigó la presencia de Vaginosis Bacteriana en gestantes (“casos” y “controles” de 22-36 semanas de gestación que cumplieron los requisitos de ingreso al estudio y que fueron atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Central de la Policía Nacional Del Perú Luis N. Saénz, , las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino constituyeron el grupo de casos, mientras que las gestantes que no presentaron amenaza de parto pretérmino constituyeron el grupo control.

Los criterios de inclusión al grupo de casos fue la presencia de amenaza de parto pretérmino , que definimos como una complicación del embarazo que se acompaña de contracciones uterinas regulares con modificación en el cérvix uterino y que sucede entre las 22 y 36 semanas de gestación, no evidencia de otra patología obstétrica concomitante, gestación única viable con diagnóstico ecográfico.

Cada paciente del grupo casos se equiparó con una paciente del grupo control de acuerdo a la edad gestacional en la inclusión en el estudio (± 2 semanas). El criterio de inclusión de las pacientes del grupo control fue hospitalización por razones obstétricas no relacionadas con amenaza de parto pretérmino (preclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, diabetes, colestasis, trastornos psicológicos de la madre o monitorización del bienestar fetal), gestación única viable con diagnóstico ecográfico, los criterios de exclusión fueron los mismos en ambos grupos, edad gestacional menor de 22 semanas o mayor de 34 semanas, tratamiento antibiótico local o general durante 8 días previos a la inclusión en el estudio, ruptura prematura de membranas o sospecha de pérdida de líquido de las membranas, hemorragia, presencia de una causa clara de amenaza de parto pretérmino (gestación múltiple, infección del tracto genital inferior distinto de los gérmenes que causan Vaginosis Bacteriana , embarazo no viable) .

El protocolo realizado antes del estudio incluyó varias formas de recolección de datos , lo cual permitió la verificación de los criterios de inclusión y exclusión de cada paciente . En el lugar del estudio se incluyeron a las pacientes de ambos grupos prospectivamente , luego de lo cual todas las gestantes fueron sometidas a una exploración ginecológica , el investigador introdujo un espéculo vaginal no lubricado para recolectar secreción con lo cual se valoró los criterios clínicos de Amsel: presencia de exudados (sugerentes si eran

color grisáceo, final y/o malolientes, no eran sugerentes los de otro tipo), detección de olor a pescado después de añadir KOH al 10% en un frotis vaginal, se midió el Ph vaginal con una tira colorimétrica reactiva, se montó en fresco para búsqueda microscópica de células indicativas y cálculo de la puntuación de Nugent (porciones relativas de recuentos de morfotipos bacterianos, los bacteriólogos desconocían el grupo al que pertenecía la paciente cuando examinaron la preparación en fresco).

Los resultados de estos análisis se dieron a los médicos que trataban a las pacientes. Se diagnosticó si se cumplían tres de los cuatro criterios clínicos de Amsel, el manejo posterior fue determinado por el médico que se encargaba de cada caso.

En el momento de la exploración clínica se registró en un formulario la edad gestacional al momento de la inclusión al estudio, razón de hospitalización, paridad y datos de la exploración (aparición de la secreción, Ph vaginal y prueba de aminas (KOH al 10%) de cada paciente para procesar los datos se usó el programa Spss Versión 3.0 para introducir los datos estadísticos, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y el indicador Odds ratio para estimar el riesgo.

No hay ningún método de referencia para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana, Nosotros elegimos aplicar los criterios clínicos de Amsel porque es el más reconocido y usado sistemáticamente, algunas de sus desventajas son la subjetividad de los criterios visuales y olfatorios. A pesar de su uso amplio los criterios clínicos de Amsel pueden ser menos sensibles que otros métodos.

Población y Muestra

La población del estudio estuvo conformada por 210 mujeres gestantes, antes de las 37 semanas, hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia del Hospital nacional PNP Luis N. Sáenz. con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pre término y que fueron sometidas a los criterios de inclusión y criterios de exclusión del presente estudio. Entre los meses de abril a octubre del 2006 y solo 160 pacientes cumplieron éstos criterios y fueron sometidos al presente estudio.

las pacientes embarazadas con la edad gestacional comprendida de mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas que estuvieron hospitalizadas en Departamento de Obstetricia del

Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz ,Lima - Perú ,entre los meses de abril a octubre del 2006 y que tenían de diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información:

La Toma de muestra se realizó en los servicios de hospitalización del departamento de Obstetricia del Hospital Nacional PNP. Luis N Sáenz. y el procesamiento de las mismas se efectuó en el departamento de Patología clínico- microbiológico del mismo hospital

Interrogación y encuesta

La recolección de los datos se obtuvo mediante el interrogatorio A cada paciente tipo encuesta, a quienes se le llena una ficha (hoja Ad- hoc, anexo 1), se les explica el

Propósito de la investigación y firman el formato de consentimiento informado.

El Método Utilizado para la toma de muestra en el tracto vaginal. Fue que a cada paciente se le toma una muestra de secreción vaginal del fondo de saco vaginal posterior. Previa inserción del espéculo no lubricado y estéril en la vagina de cada paciente se evaluó la presencia y tipo de secreción vaginal, se introdujo secuencialmente hisopos estériles evitando contaminar la muestra. se tomaron muestra para Cultivo y frotis para coloración Gram, muestras para examen en fresco para la búsqueda de células guías, y para determinar pH e investigar los criterios de Amsel., detección de olor a pescado después de añadir KOH al 10% a un frotis vaginal (test de aminas ó de Whiff).

Se diagnosticó si cumplían 2 ó más de los 4 criterios de Amsel ó si tenían cultivo de secreción vaginal positivo.

El pH se midió con un papel de pH sujetado por pinzas e introducido en las descarga vaginal

Se evitó usar lubricantes en el especulo cuando se realiza el examen ya que los lubricantes pueden elevar el pH. y producir resultados erróneos.,evitar las secreciones hemorrágicas y cervicales las cuales tienden a ser alcalinas.

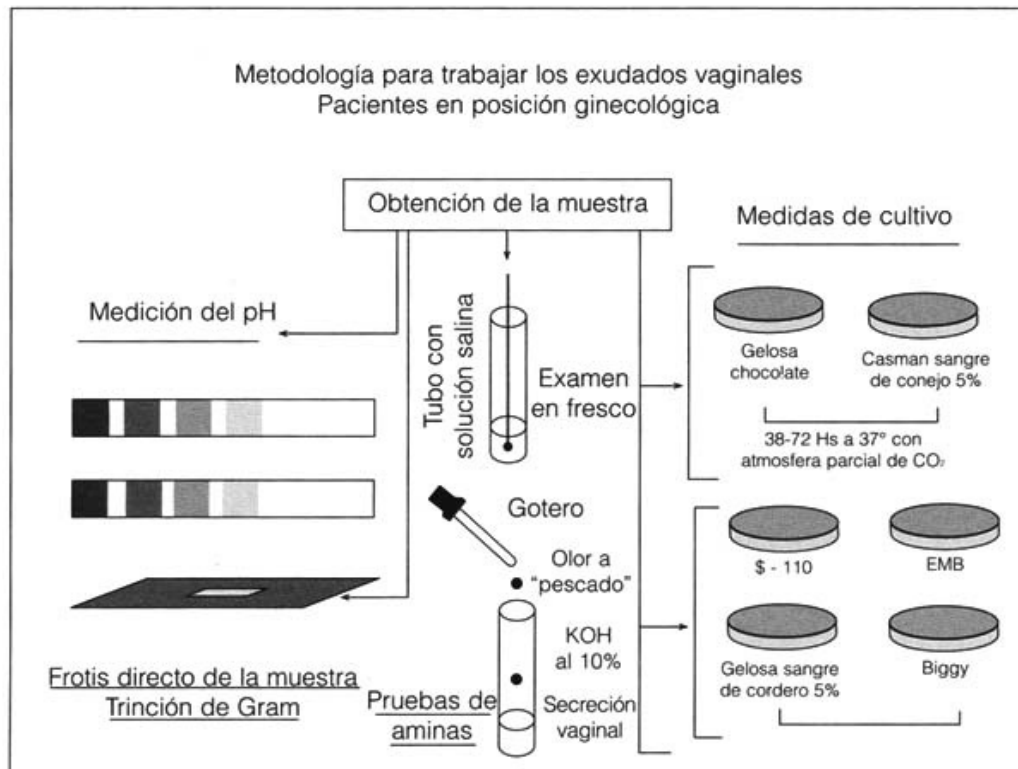
Las muestras son procesadas en el momento de las tomas para obtener algunos resultados (pH, test de aminas) y luego completar su estudio en el departamento de patología clínica, servicio de microbiología de HNPNP.

Diagnóstico e interpretación de las muestras:

El criterio utilizado para la evaluación de la coloración de Gram es ver las células claves ó Guías que son células epiteliales granulomatosas exfoliadas a pH alcalino con gram cantidad de bacterias (*Gardnerella vaginalis*). adheridas a la superficie que incluso impiden distinguir con claridad sus bordes. Un dato importante es la ausencia de células inflamatorias tipo fagocitos y polimorfonucleares.

A partir de la observación en fresco se puede conocer la forma de microorganismo estudiado así como su movilidad (.9) Fig. 1

Figura 1



Metodología para trabajar los exudados vaginales.

Tratamiento de los datos:

La información se procesó con el programa Spss versión 3.0. Los datos fueron agrupados, ordenados y clasificados en tablas y gráficos de distribución de frecuencias absolutas y relativas de las variables bajo estudio.

RESULTADOS:

TABLA N°1
RELACIÓN ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y VAGINOSIS BACTERIANA

Vaginosis	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
Presencia	63	78.75	26	32.5	89	55.63
Ausencia	17	21.25	54	67.5	71	44.38
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:34.66 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
OR: 7.69 IC al 95% 3.77-15.67

Se tiene una prevalencia de vaginosis bacteria de 89/210 igual a 42.38%
Se observa que del total de casos el 78.75% presenta vaginosis bacteriana . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con presencia de vaginosis tienen 7.69 (3.77-15.67) al 95% mas riesgo de tener amenaza de parto pretérmino con respecto a los que presentaron ausencia de vaginosis

G1

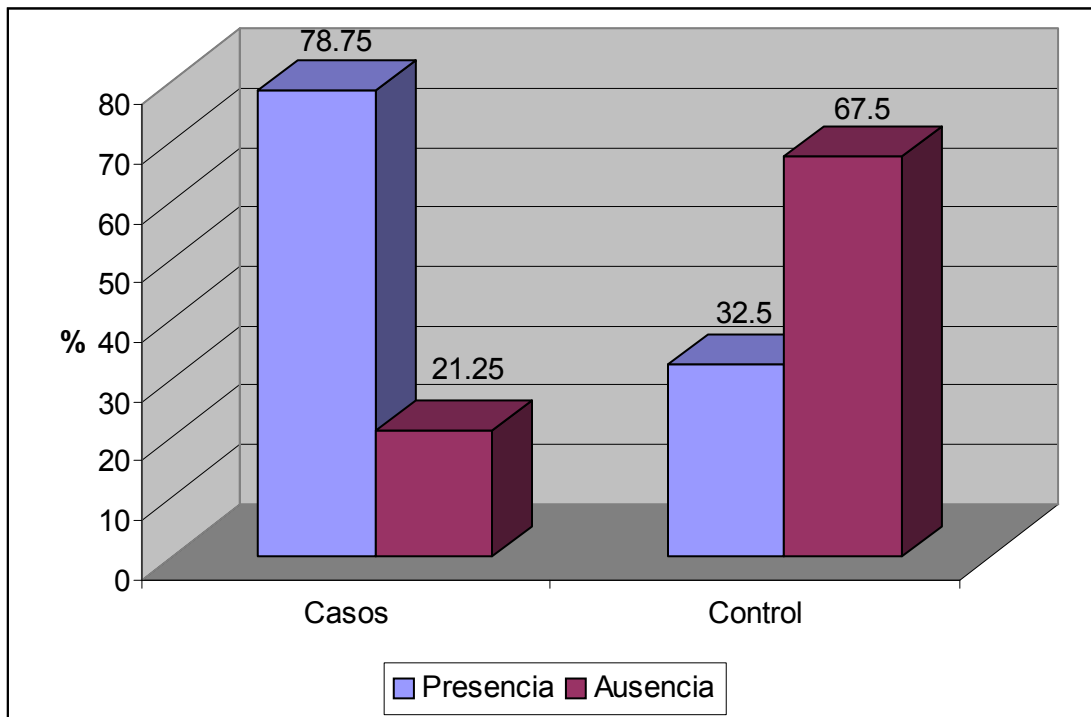


TABLA N°2

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y OLOR A PESCADO DESPUÉS DE LA RELACIONES SEXUALES

Olor a pescado después de la relaciones sexuales	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
Si	56	70	18	22.5	74	46.25
No	24	30	62	77.5	86	53.75
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:36.30 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
OR: 8.03 IC al 95% 3.95-16.34

Se observa que del total de casos el 56% presenta . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con Olor a pescado después de la relaciones sexuales tienen 8.03 (3.95-16.34) al 95% mas riesgo de tener amenaza pretermino con respecto a los no presentaron Olor a pescado después de la relaciones sexuales

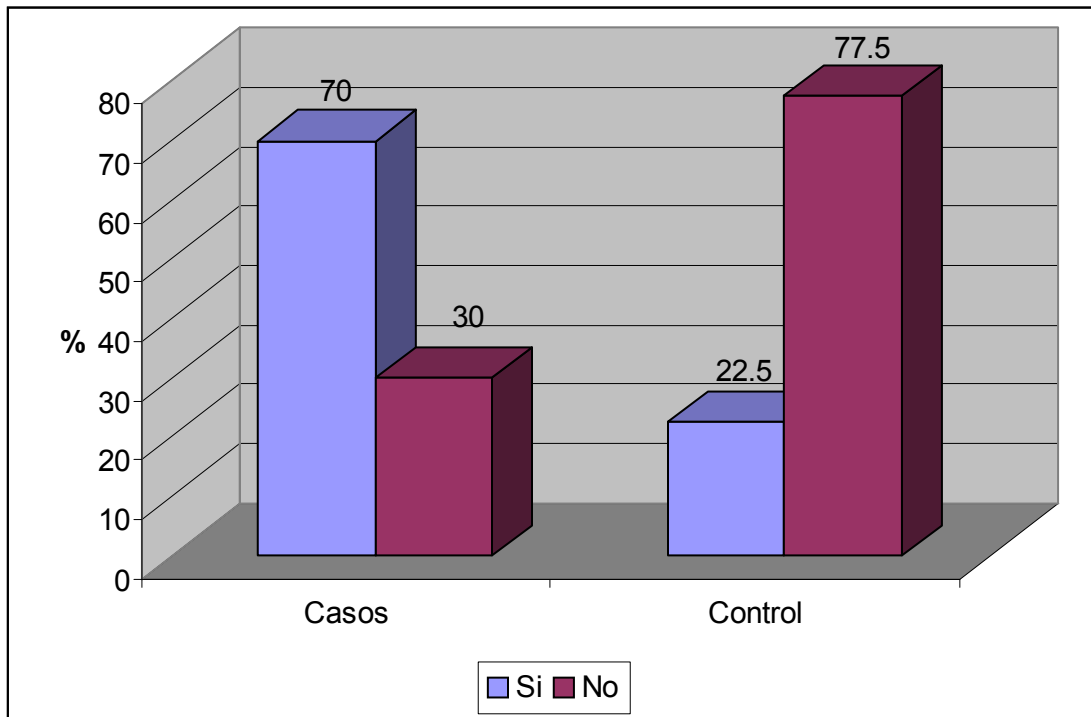


TABLA N°3

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y EXUDADO SUGERENTE DE VAGINOSIS BACTERIANA

Exudado sugerente	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	n	%	n	%
Presencia	65	81.25	21	26.25	86	53.75
Ausencia	15	18.75	59	73.75	74	46.25
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:48.67 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
OR: 12.7 IC al 95% 5.74-25.78

Se observa que del total de casos el 81.25% presenta exudado sugerente . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con presencia de exudado sugerente tienen 12.7 (5.74-25.78) al 95% mas riesgo de tener amenaza pretérmino con respecto a los que presentaron ausencia de exudado sugerente

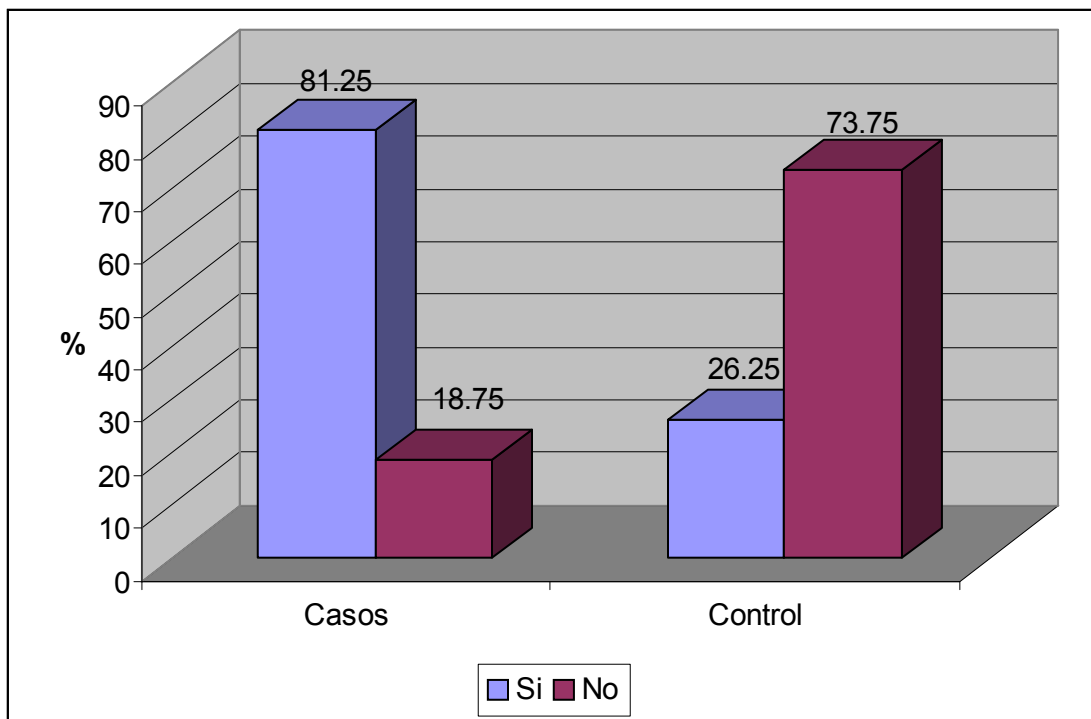


TABLA N°4

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y PRUEBA DE KOH POSITIVA

Prueba de KOH positiva	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
Si	63	78.75	26	32.5	89	55.63
No	17	21.25	54	67.5	71	44.38
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:34.66 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
OR: 7.69 IC al 95% 3.77-15.67

Se observa que del total de casos el 78.75% presenta vaginosis bacteriana . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con prueba de KOH positiva s tienen 7.69 (3.77-15.67) al 95% mas riesgo de tener amenaza pretérmino con respecto a los que presentaron ausencia de KOH positiva

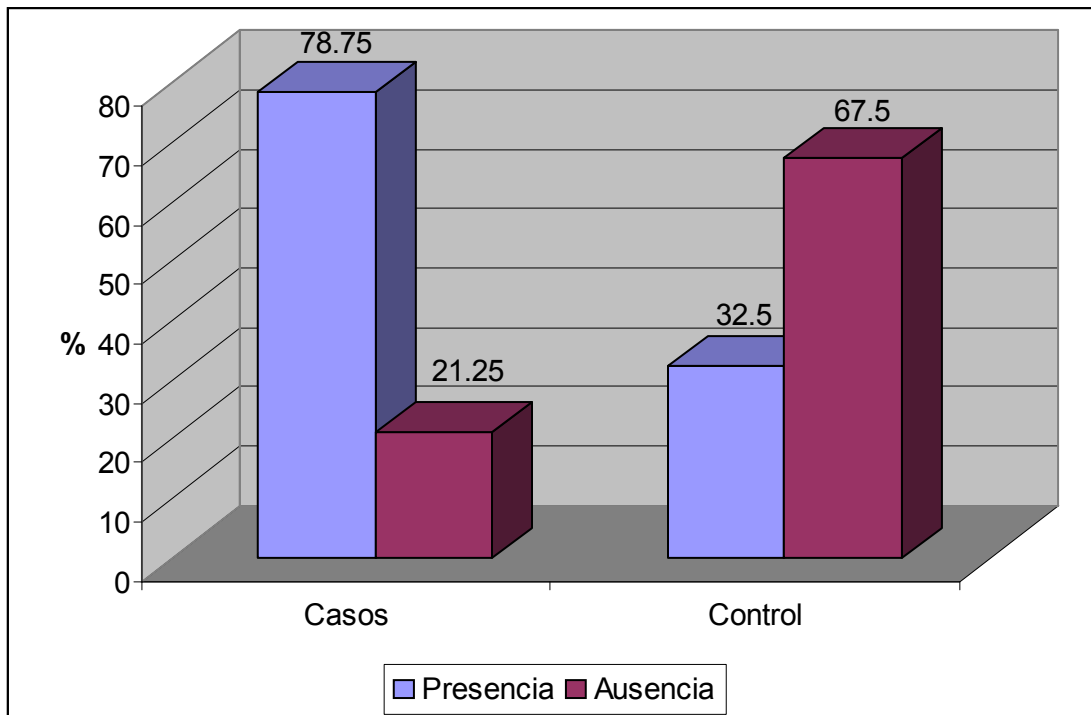


TABLA N°5
RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y Ph

PH	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
>4.5	40	50	45	56.25	85	53.13
<4.5	40	50	35	43.75	75	46.88
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:0.62 gl:1 P=0.42>0.05 no se encontró relación estadística

Se observa que del total de casos el 78.75% presenta vaginosis bacteriana . No se encontró relación estadística P=0.42>0.05 .

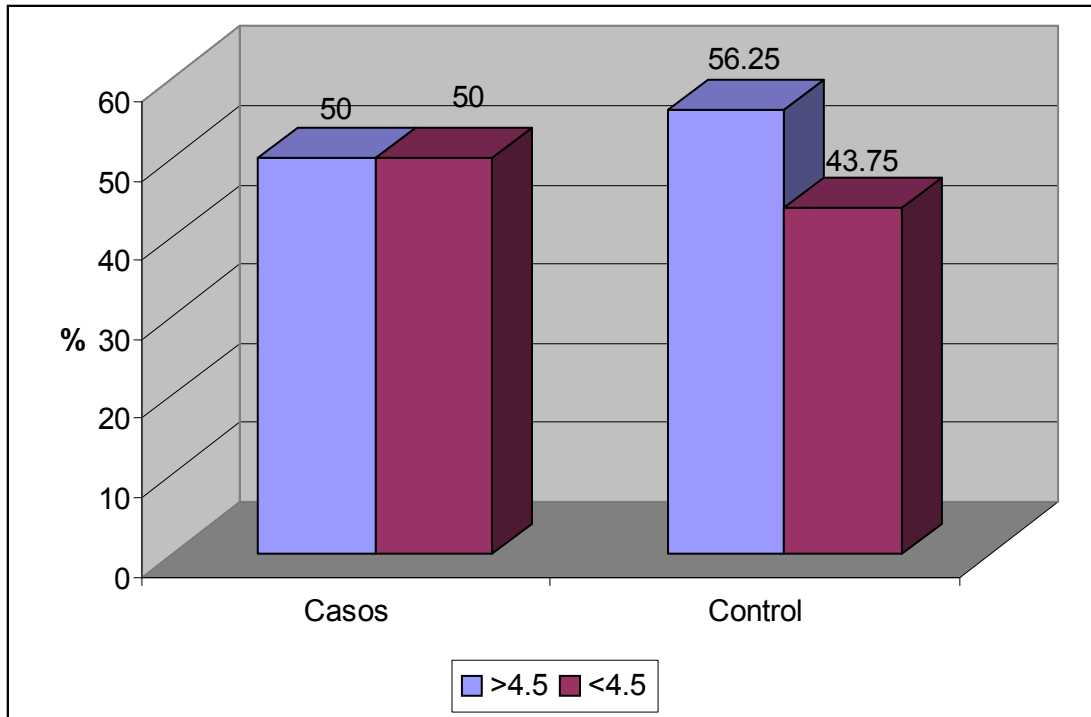


TABLA N°6

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y PRESENCIA DE CELULAS INDICATIVAS DE VAGINOSIS BACTERIANA

Células indicativas	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
Si	60	75	32	40	92	57.5
No	20	25	48	60	68	42.5
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:20.05 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
OR: 4.5 IC al 95% 2.29-8.84

Se observa que del total de casos el 75% presenta células indicativas . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con presencia de células indicativas tienen 4.5 (2.29-8.84) al 95% mas riesgo de tener amenaza pretérmino con respecto a los que presentaron ausencia de células indicativas.

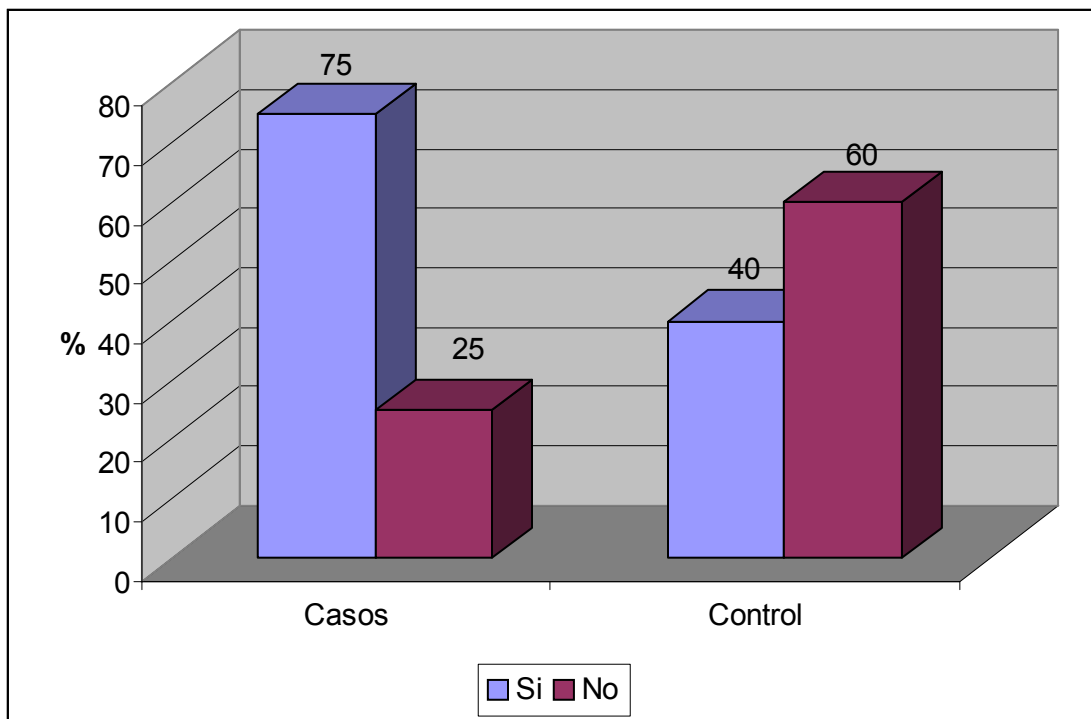


TABLA N°7

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y CRITERIOS DE AMSEL

Criterios de Amsel (≥ 3)	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
Presencia	63	78.75	26	32.5	89	55.63
Ausencia	17	21.25	54	67.5	71	44.38
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:34.66 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
 OR: 7.69 IC al 95% 3.77-15.67

Se observa que del total de casos el 78.75% presenta los criterios de Amsel . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con los criterios de Amsel ≥ 3 tienen 7.69 (3.77-15.67) al 95% mas riesgo de tener amenaza de parto pretérmino con respecto a los que no presentaron los criterios de Amsel

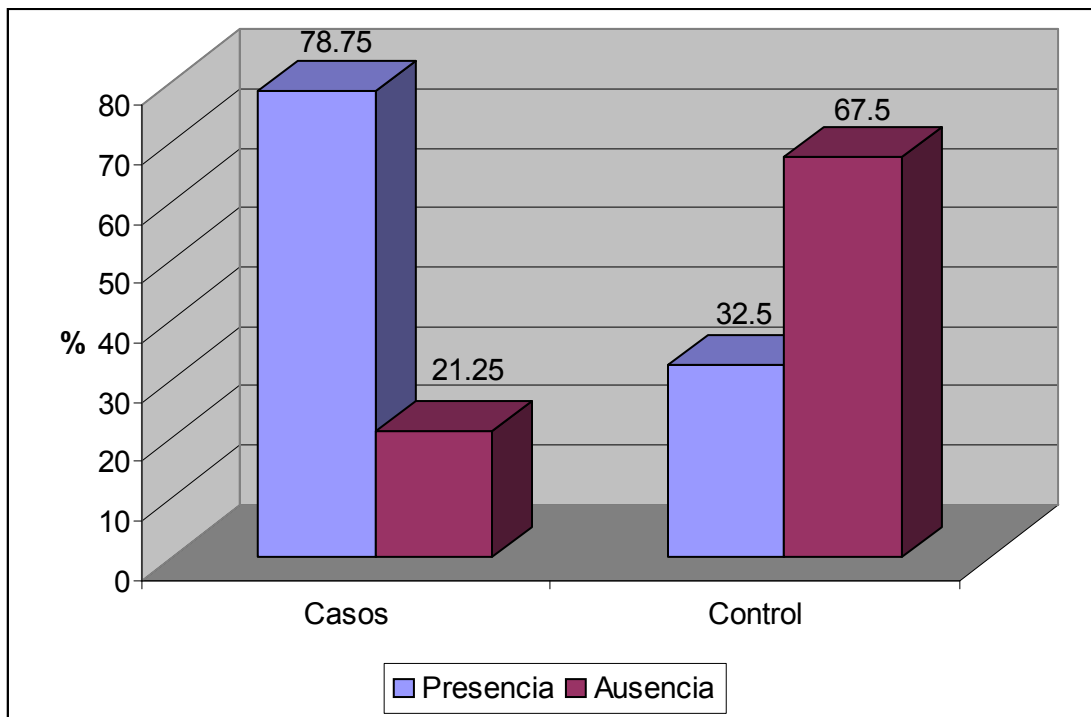


TABLA N°8

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y PUNTUACIÓN DE NUGENT

Puntuación Nugent	Grupo					
	Casos		Control		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-3	8	10	33	41.25	41	25.63
4-6	9	11.25	19	23.75	28	17.5
7-10	63	78.75	28	35	91	56.88
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:32.27 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística

Se observa que del total de casos el 10% presentan puntuación Nugent de 0-3 ; el 11.25% presentan puntuación de 4-6 ; el 78.75% presentan puntuación de 7-10 .Se encontró relación estadística P<0.05

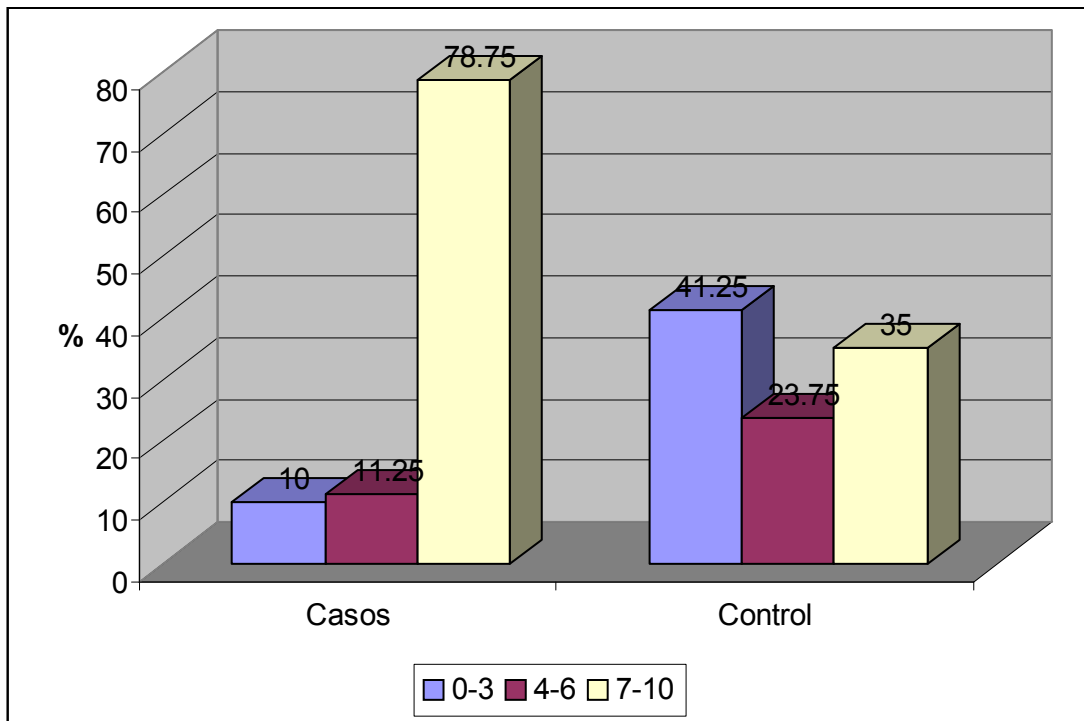


TABLA N°9

RELACION ENTRE GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y PH<4.5 Y NUGENT > 7

ph<4.5 y Nugent > 7	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
Si	23	28.75	5	6.25	28	17.5
No	57	71.25	75	93.75	132	82.5
Total	80	100	80	100	160	100

Chi cuadrado:16.08 gl:1 P=0.000<0.05 se encontró relación estadística
OR: 6.05 IC al 95% 1.25-8.56

Se observa que del total de casos el 28.75% presenta ph>4 y Nugent>7 . Se encontró relación estadística P=0.000<0.05 . Asimismo se observa que en los pacientes con ph<4.5 y Nugent > 7 tienen 6.05 (1.25-8.56) al 95% mas riesgo de tener amenaza pretérmino con respecto a los que no presentaron ph<4.5 y Nugent > 7

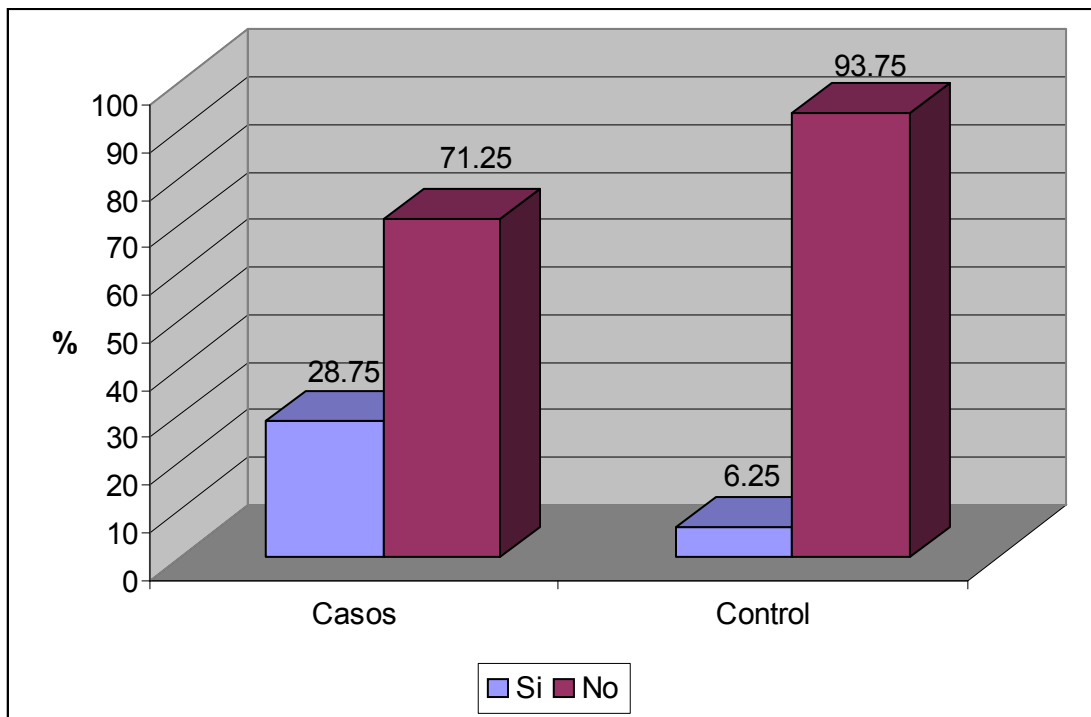


TABLA N°10

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO SEGÚN LA EDAD

Edad	Grupo				Total	
	Casos		Control			
	n	%	N	%	n	%
19-29	34	21.25	31	19.38	65	40.63
30-39	37	23.13	29	18.13	66	41.25
40-45	9	5.625	20	12.5	29	18.13
Total	80	50	80	50	160	100

Distribución de frecuencias de edades en los distintos grupos de estudio.

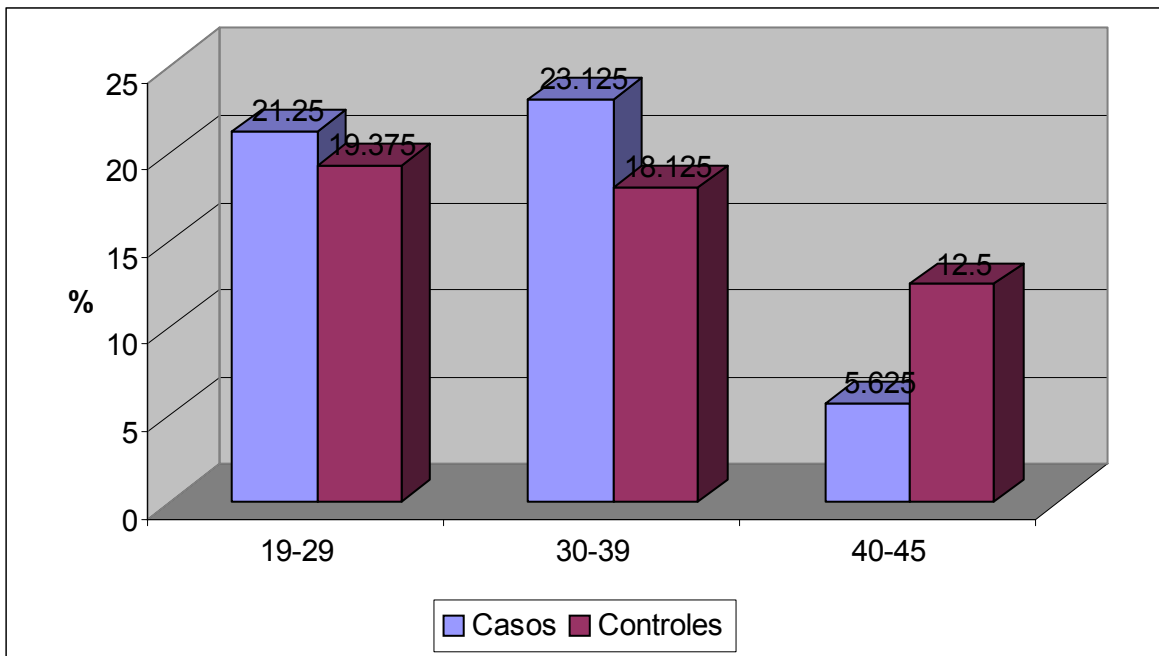


TABLA N°11
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON VAGINOSIS BACTERIANA SEGÚN LA EDAD

Edad	Grupo				Total	
	Presencia		Ausencia			
	N	%	n	%	n	%
19-29	29	18.13	36	22.5	65	40.625
30-39	46	28.75	20	12.5	66	41.25
40-45	14	8.75	15	9.375	29	18.125
Total	89	55.63	71	44.38	160	100

Chi cuadrado:9.12 gl:1 P=0.01<0.05 se encontró relación estadística

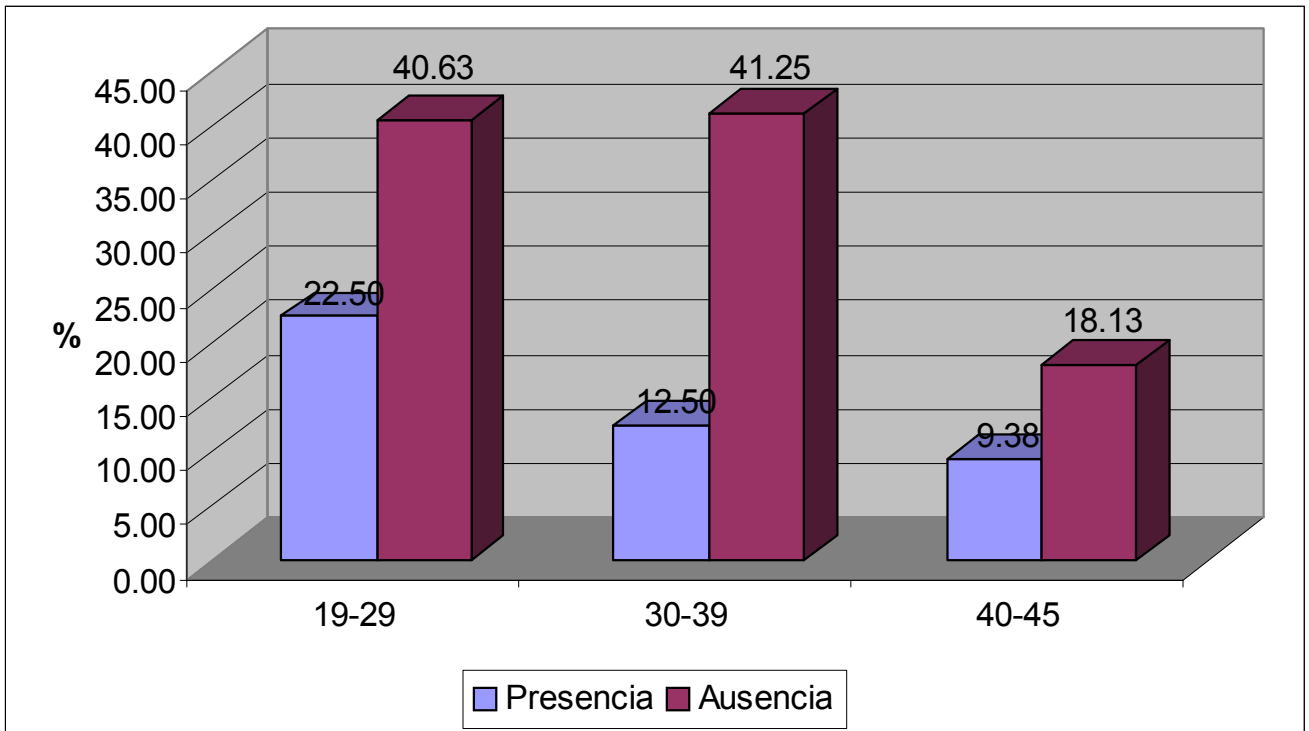


TABLA N°12
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON EDAD MAYOR DE 35 AÑOS CON
VAGINOSIS BACTERIANA

	n	%
<34	29	32.58
>35	60	67.42
Total	89	100

Se observa que el 67.42% pertenece la grupo atareo mayor de 35 años y presentan Vaginosis bacteriana

Discusión:

Los resultados refuerzan lo encontrado en la literatura tanto nacional como internacional, en cuanto a que la vaginosis bacteriana se encuentra dentro de las primeras causas de infección vaginal que presenta la embarazada con amenaza de parto prematuro(11). Nosotros encontramos una prevalencia de 42.38% de Vaginosis Bacteriana en la poblacion de estudio.

Sabiendo que la vaginosis bacteriana se presenta con una frecuencia elevada en las pacientes con amenaza de parto pretérmino, se especula sobre el mecanismo sobre el cual la infección vaginal contribuye al parto pretérmino, que seria una infección ascendente subclínica de las membranas, la cual desencadena un proceso inflamatorio, que a su vez provoca el trabajo de parto(12), se necesitan nuevos estudios que intenten establecer con certeza la relación entre la infección y la amenaza de parto pretérmino y sus consecuencias.

Es de hacer notar que las 80 pacientes interrogadas y evaluadas el mayor porcentaje refirió no haber padecido infección vaginal previa al embarazo y solo la tercera parte refirió haber padecido infección vaginal en algún momento de su vida previo al embarazo. se encontró además que de las pacientes interrogadas con más de un embarazo la mayor parte negaron

haber presentado amenaza de parto prematuro en embarazos previos, hallazgos que quizás se deba a la poca ó ninguna información en relación a ésta patología y sus consecuencias en la salud materno fetal. Estos datos sugirieron que no es necesario padecer infección vaginal antes del embarazo para presentar amenaza de parto prematuro, asociada a infección vaginal.

La infección de vaginosis bacteriana es más frecuentes durante el embarazo y se ha detectado entre el 15 y 20% de las gestantes (4). De los 80 casos de nuestro estudio con amenaza de parto pretérmino 78.75% presentaron vaginosis bacteriana y 21.25% no la tenían. Nos referimos específicamente a la vaginosis bacteriana como la causa más común de infección del tracto vaginal bajo en mujeres de edad reproductiva (12), pero por supuesto las edades variaran de acuerdo a las características culturales de la población. En nuestra casuística el mayor porcentaje de casos se presentó en las embarazadas con las edades comprendidas de 30 a 43 años, siendo importante recalcar que nuestra población es eminente joven.

De acuerdo a los estudios realizados, la Vaginosis Bacteriana se encuentra primordialmente en mujeres con múltiples parejas sexuales durante su vida, no señalándose ninguna tendencia respecto a la frecuencia del coito(11), en nuestro trabajo se encontró que la mayor parte de la mujeres con Vaginosis bacteriana refirieron al interrogatorio poseer una sola pareja sexual durante toda su vida lo que reportó una frecuencia relativa de 70%. Hay que tener en cuenta que la información fue obtenida, mediante interrogatorio a las pacientes, generando un posible sesgo que depende de la sinceridad de la respuesta de la paciente ya que es de un carácter personal e íntimo.

Otro punto a tomar en consideración es las de 80 muestras de exudado vaginal tomadas a las mujeres estudiadas, 63 tuvieron infección vaginal mixta, ó asociados a agentes causales, encontrando que la mayor proporción de infección estuvo asociada a la vaginosis bacteriana en un 78.75%, dónde el riesgo de amenaza de parto prematuro con vaginosis bacteriana aumenta mucho más que si se encuentran asociada a otras infecciones(11)

CONCLUSIONES:

Nuestros datos coinciden con lo reportado por la bibliografía nacional e internacional cuando dice que la prevalencia de Vaginosis Bacteriana en gestantes es de un 42.38% , En el presente estudio se encontró que un 78.75% de la muestra de las mujeres estudiadas con amenaza de parto pre termino tiene Vaginosis Bacteriana, al aplicar el indicador Odds Ratio se observa que las pacientes con Vaginosis Bacteriana tienen 7.69 veces más riesgo de sufrir amenaza de parto pretérmino, representando un factor de riesgo durante el embarazo, no solo para la madre ,sino para el feto.

Es importante recalcar que solo un 21.25% se encontró una flora vaginal normal. De los 160 pacientes estudiados entre casos y controles el 55.63% de ellas presento Vaginosis bacteriana, Dado el alto porcentaje en nuestra muestra de Vaginosis Bacteriana en mujeres de 20 a 35 años de las cuales 41.15% eran mayores de 30 años. Se hace necesario la programación de actividades a la comunidad que le permitan acceder a la información necesaria acerca de las enfermedades propias de la mujer y sus implicancias.

Pese a la elevada prematuridad observada en nuestra región, no hay estudios sistemáticos sobre el tema por lo que seria necesario un estudio prospectivo multicéntricos y programas educativos para la población femenina que nos permitan disminuir la sexualidad precoz y el embarazo en el adolescente, del mismo modo un control ginecológico anual posterior al comienzo de la vida sexual con el objetivo de prevenir y tratar enfermedades que puedan afectar en algún momento su aparato reproductor y por ende el producto de la concepción.

Las Infecciones vaginales inespecíficas, a pesar de ser muy frecuentes, no reciben la importancia clínica epidemiológica que merecen, son mas frecuentes en edad reproductiva.

La tinción gram y la aplicación de los criterios de Amsel son recursos accesibles y fáciles de utilizar para el diagnóstico de vaginosis bacteriana

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

01. Arias J.: Tratado de obstetricia de Alto Riesgo.2º Edición Editorial Mosby /Doyma libros. Barcelona , España, 2000.
- 02.-Arredondo J.: nuevas alternativas en el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana: Ginecol –Obstet Mex; 62(8):226-34,agosto 2000.
- 03.-Balsdon M.: Vaginosis Bacteriana: Diagnóstico mediante muestra obtenida por dos procedimientos. Rev. Chil. Infectologia ;16 (2):100-4,1999.
- 04.-Bermúdez R., Martínez V.: Hallazgos Clínicos y Microbiológicos en pacientes con Vaginosis Bacteriana. Acta cient. Soc. Venez. Bioanalistas Esp: 3(1):2-18,1994.
- 05.-Cifuentes R.: Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencias. Editorial ED. Bogotá, Colombia .2002.
- 06.- Cunningham FG.: Williams Obstetrics . 21 th Edition. Mc Graw Hill. USA 2001.
- 07.-Faria E., Valverde C. , Navarro P.: Vaginosis Bacteriana en un Hospital de Maternidad: Diagnóstico y Tratamiento en Pacientes Ambulatorios. Bol. Venez. Infectol;2(3): 74 - 5 jul-dic. 1991.
- 08.- Hernandez F.: *Gardnerella vaginalis* y *mobiluncus* en la etiología de la Vaginosis Bacteriana. Rev- Costarric. Cienc. med.19(1/2).107-16,marz. a jun.1998.
- 09.-Molina C.: Prevalencia de Vaginosis Bacteriana en gestantes. Tesis de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional de San Agustín, Julio 1996.
- 10.-Ovalle A., Martínez A.: microbiología aislada en la ruptura prematura de membranas de pre término, relación con morbilidad infecciosa materna-neonatal e intervalo ruptura de membranas- parto. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 1995; 60(4):252-62.
- 11.-Pacheco J.: Ginecología y Obstetricia.1º Edición editorial MAD. Corp. S. A.Perú, 1999.
- 12.- Reimer T., Ulfing N., Friese K.: Tratamiento con antibióticos del parto pre término. Journal of Perinatal Medicine 27:35-40, ref:14, 1999.
- 13.-. Rivera L.: Prevalencia de Vaginitis y Vaginosis bacteriana : asociación con manifestaciones clínicas , de laboratorio y tratamiento. Ginecol Obstet Mex; 64(1):26-35, enero,1996.

- 14.-Sifuentes J.: Obstetricia de Alto Riesgo. 2da Edición. Editorial Médica Panamericana. Bogota, 2006.
- 15.-Goldemberg RL,Aut. JC.- Intrauterine infección y and preterm delivery.N Eng.IJ Med. 2000;342:1500-7.
- 16.-Blocklehurts P.-Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy.Cochrane 2000(2)CDO00262.
- 17.-Surb ek DV Morphology assess ed By transvaginal ultrasonography differs in patients in preterm labor with bacterial vaginosis.Ultrasound Obst.Ginec. 2000;15:242-5.
- 18.-King J.Antibiotic for preterm labor with intact membranes.Cochrane 2000(2).
- 19.- Amsel R.et al.Nonspecific vaginitis diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med 1983,74:14-21.
- 20.- Casanova RG. y col. Vaginosis Bacteriana. Temas actuales en ginecología. libro I , 1º edición intersistemas.Mex.DF 2002.

ANEXO I

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

PACIENTE.-.....

CI.-

HC.-

PROCEDENCIA.-.....

EDAD.- AÑOS.

FUM.-

G

P

EG.-

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.-.....

Partos preterminos previos.....

Nº de parejas sexuales.....

Flujos vaginales previos a la gestación.....

ECOGRAFIA.-.....

.....

DIAGNOSTICO DE VAGINOSIS BACTERIANA.-

Características del flujo vaginal.

Células clave.- test de aminas.- pH Vaginal

Cultivo de secreción vaginal.

CONCLUSION.-

Fecha.-

ANEXO II

HOSPITAL NACIONAL PNP. LUIS N SAENZ. DIVISION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA. DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doña.-----

De.....años de edad.

Con domicilio en.-----

Documento de identidad.-(DNI/CIP)-----

DECLARO:

Que el Dr.(a).-----

(nombres y apellidos del facultativo que proporciona la información)

Mé ha explicado los objetivos y alcances de la investigación VAGINOSIS BACTERIANA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL PARTO PRETERMINO. Se me ha explicado también que se me tomarà una muestra de secreción vaginal, lo que no significa mayor riesgo para mi salud, ni para mi estado gestacional; en dichas muestras se realizarán las pruebas de laboratorios necesarias para e objetivo de la investigación. He comprendido la explicación y manifiesto estar satisfecha con la información recibida, en tales condiciones **CONSIENTO** se me tome una muestra de secreción vaginal, la que servirá para la investigación en mención.

En Jesús Maria,-----

Firma de la paciente

DNI/CIP:

Testigo:

DNI/CIP:

Firma del Médico responsable

CMP:

CIP: