

11217  
21  
30j-



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Posgrado

Centro Hospitalario "20 de Noviembre"  
I. S. S. S. T. E.

CORRELACION DE CERVICOVAGINITIS CON  
BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EMBARAZOS  
DE 20 A 37 SEMANAS DE GESTACION

TESIS DE POSGRADO

Para obtener la Especialidad de  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DRA. MARGARITA CAMACHO DIAZ



ISSSTE

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1992



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION . . . . .	1
JUSTIFICACION . . . . .	10
OBJETIVOS . . . . .	11
MATERIAL Y METODOS . . . . .	12
CRITERIOS DE INCLUSION . . . . .	12
CRITERIOS DE EXCLUSION . . . . .	13
CRITERIOS DE ELIMINACION . . . . .	13
DESCRIPCION DEL ESTUDIO . . . . .	14
RESULTADOS . . . . .	17
DISCUSION . . . . .	20
CONCLUSIONES . . . . .	23
GRAFICAS . . . . .	25
BIBLIOGRAFIA . . . . .	30

## I N T R O D U C C I O N

El propósito fundamental de la vigilancia prenatal, es el asegurar menor riesgo durante el embarazo optimizando los medios disponibles, para preservar la salud de la mujer gestante, releyéndose así en un mejor ambiente intrauterino para el desarrollo fetal con mejores expectativas para el recién nacido. Los cambios anatomofuncionales a los que debe enfrentarse la embarazada son múltiples y variados, y tiene la finalidad de preparar el organismo materno para que tolere adecuadamente el curso de la gestación y del trabajo de parto, por lo que en ocasiones puede presentar ciertos padecimientos que influirían en una manera desfavorable sobre la madre y el feto. El embarazo condiciona cambios que al ser mínimos son normales, pero si son severos pone en desventaja al feto o a ambos. Una de las causas más frecuentes de morbimortalidad en ginecoobstetricia es de etiología infecciosa. La incidencia de infecciones genitourinarias se ve incrementada por factores hormonales y mecánicos (1-2). Schnell sugiere que el embarazo altera las condiciones cervicovaginales. (1,3,4)

Las mujeres embarazadas notan generalmente un incremento de la secreción vaginal que en la mayoría de los casos no tiene causa patológica y un factor contribuyente es la mayor formación de moco por las glándulas cervicales (6). No se conocen bien los factores que regulan la microflora cervicovaginal. En la teoría más popular la producción de estrógenos aumenta el contenido de glucógeno del epitelio vaginal, y se metaboliza para formar glucosa y después ácido láctico por acción de los lactobacilos; la presencia de ácido láctico produce un pH bajo menor de 4.5 favoreciéndose selectivamente el crecimiento de microorganismos acidófilos.

La infección cervicovaginal, constituye una de las complicaciones ginecológicas más frecuentes e importantes relacionándose con gérmenes potencialmente patógenos del tracto genital, aún en mujeres consideradas sanas. (6)

La mayoría de los autores coinciden en que la frecuencia de infección cervicovaginal y vaginosis oscila entre un 10 a un 30% (3,4,8)

Durante la gestación hay mayor homogeneidad de la flora bacteriana con predominio de bacterias no patógenas, como *Staphylococcus epidermidis* y lactobacilos. Sin embargo pueden encontrarse gérmenes patógenos en mujeres enfermas. La flora vaginal aislada que se ha reportado en mujeres embarazadas sanas es la siguiente: *Staphylococcus epidermidis* (50%), bacilo de Doderlein (55%), *Enterobacter agglomerans* (24%) y *Staphylococcus aureus* (10%). De la flora anaeróbia se ha aislado bacteroides SF en el 69%, lactobacilos el 55%. La colonización vaginal por especies de *Candida* es muy frecuente y más aún durante el embarazo (30%). *Gardnerella vaginalis* en el 50% de las mujeres y en el 25% en embarazadas. (2,4-11). Y por vía retrógrada pueden alcanzar el tracto urinario. (2,13,16-18).

Suelen encontrarse de 5 a 15 microorganismos en la vagina de mujeres sin infección. La secreción vaginal normal contiene 100,000 a 10'000,000 UFC/ml (unidad formadora de colonias). Los facultativos constituyen más de 90% de las bacterias presentes en la vagina de las mujeres normales. (12-18)

Es posible evidenciar efectos importantes de la progesterona, tales como son relajación de la musculatura lisa a nivel vesicouretral, alcalinización del tracto genitourinario, y mecánicamente por compresión uterina sobre la vejiga. (1,6,17,18)

Se ha mencionado otra serie de factores en la instalación de procesos infecciosos tales como hábitos higiénicos inadecuados, multiparidad, edad materna avanzada y bajo nivel socioeconómico. (1,3,17,18,22)

Aun en mujeres consideradas sanas, la infección constituye una complicación frecuente e importante relacionada con la presencia de gérmenes potencialmente patógenos en el aparato genitourinario. (1,6,17)

Muchas de las infecciones del tracto urinario en pacientes embarazadas y las que no lo están, son relativamente sintomáticas, pueden producir síntomas en forma intermitente a pesar de la infección activa, y estas pueden comprometer estructuras superoinferiores. (1,6,13,14,17)

Las infecciones de vías urinarias se encuentran entre las complicaciones médicas más comunes y graves del embarazo llegando a condicionar un incremento en la morbimortalidad materno fetal. (12-22)

Los factores que predisponen a un riesgo significativamente mayor de que surja una infección de vías urinarias superiores durante el embarazo son consecuencia de los cambios anatómicos y no hormonales en el primer trimestre. Comienza la dilatación de los cálices renoureterales, evolucionando durante toda la gestación; un factor importante es la obstrucción mecánica del estrecho pélvico superior por parte del útero en crecimiento. Otro factor gravídico sería el efecto miorelajante de la progesterona, que disminuye el tono y actividad del ureter y vejiga agravando así la hidronefrosis fisiológica del embarazo y lentificando el flujo de orina por el sistema colector. La hipotonía vesical, junto con los defectos anatómicos, pueden hacer que aumente la capacidad de este órgano con vaciamiento incompleto y reflujo vesicouretral; de este modo se facilita la migración ascendente de bacterias a los riñones una vez establecida la colonización vesical, siendo el principal factor la mayor incidencia de pielonefritis. Entre otros factores contribuyentes se ha mencionado modificaciones en las propiedades fisicoquímicas, urinarias durante la gestación intensificando teóricamente la proliferación de bacterias. (6,17,18)



Se ha referido además una mayor excreción de bicarbonato, alcalinizando la orina y una disminución del umbral de depuración de glucosa con consecuente glucosúria estimulando la producción de bacterias. (17,18)

La bacteriuria asintomática es la infección urinaria más frecuente durante el embarazo (del 2 al 12%), y se ha encontrado que por lo menos 1 de cada 5 mujeres con esta alteración en la etapa temprana de la gestación (menos de 30 semanas), están en riesgo de tener una infección aguda sintomática en el curso de este. (1,12,14,16-18)

Se ha demostrado que las mujeres embarazadas con bacteriuria asintomática tienen del 20 al 40% de posibilidades para desarrollar pielonefritis en alguna etapa del embarazo actual o en ulteriores, condición que tiene la máxima expresión en el último trimestre.

Los mecanismos a través de los cuales un proceso infeccioso puede alcanzar el tracto urinario son tres:

1. Vía ascendente: migración de bacterias a través de la uretra, desde el área periuretral a la vejiga y porción superior de las vías urinarias, o por implantación directa que puede surgir durante la manipulación.

Existen factores predisponentes para la migración de bacterias tales como: trauma coital, inadecuada técnica para el aseo de genitales, presencia de hábitos higiénicos deficientes, períodos prolongado de plenitud vesical y la presencia de cervicovaginitis. (1,11,16,18,22)

Las mujeres son más susceptibles a las infecciones ascendentes, porque su uretra es corta y está muy cerca de un gran reservorio bacteriano (vagina, ano y vías intestinales inferiores). (17,18)

II. Vía Hematógena: la siembra de bacterias se encuentra facilitada por el gran volumen sanguíneo que fluye en la zona (10 a 25% del gasto cardíaco), en combinación con la elevada presión intracapilar hidrostática, lo que explicaría la pielonefritis.

III. Vía Linfática: es la menos frecuente.

Las formas que suelen tomar estas infecciones durante la gestación se clasifican de la siguiente manera:

a) Bacteriuria asintomática. Se define como la presencia de más de 100 mil colonias de bacterias por mililitro de orina de un mismo germen patógeno (100,000 UFC/ml), sin presentar sintomatología. Su incidencia oscila del 2 al 12% de las pacientes embarazadas. (1,12-22)

b) Cistitis o cistouretritis proceso infeccioso agudo caracterizado por disuria, urgencia, polaquiuria, habitualmente piuria, ocasionalmente hematuria microscópica, dolor o pesadez suprapúbica o simplemente malestar pélvico, bacteriuria con baja cuenta entre 100 y 100,000 UFC/ml.

c) Pielonefritis. Cuadro agudo caracterizado por fiebre, calostrios, fatiga, dolor lumbar, pesadez pélvica, disuria, urgencia, piuria, proteinuria, hematuria microscópica y bacteriuria igual o mayor de 100,000 UFC/ml.

La incidencia de esta en pacientes con bacteriuria asintomática, posteriormente puede llegar a ser del 20 al 40%. (17,18)

Los uropatógenos más frecuentes reportados en la paciente embarazada son E.coli (70 a 80%), staphylococcus saprophytes, klebsiella, Streptococo B hemolítico, anaerobios; la chlamydia trachomatis hasta en el 34% de los casos que no presentaron bacteriuria significativa.

Otras infecciones menos comunes del tracto urinario, pueden ser consecutivas a *N. gonorrhoea*, tricomonas, candida, herpes y *Gardnerella vaginalis*.

La flora bacteriana normal del introito vaginal de la región periuretral y la uretra pueden interferir en la unión de los uropatógenos por bloqueo espacial, por competencia, por sitios receptores e inhibición de la proliferación bacteriana; los lactobacilos que son parte de la flora vaginal normal, se adhieren a la célula uroepitelial inhibiendo la fijación de los uropatógenos más comunes. (17,18,21)

## J U S T I F I C A C I O N

Las infecciones de tracto genitourinario, son las más frecuentes durante el embarazo, deben plantearse medidas preventivas adecuadas identificando los riesgos inherentes durante la gestación ya que la presencia de complicaciones se ve incrementada observando repercusiones fetomaternas como parto prematuro, ruptura de membranas, bajo peso al nacimiento, anemia y pielonefritis.

Algunas mujeres muestran cierta predisposición a la infección de vías urinarias que puede pasar asintomática y asociarse a otras entidades como infecciones genitales.

En base a lo anterior se hace hincapié en la evaluación de la cervicovaginitis asociada con la bacteriuria asintomática con el objeto de conocer la frecuencia de estas dos entidades y establecer las medidas necesarias para su control y de este modo evitar su repercusión sobre el binomio materno fetal.

## OBJETIVOS

- Conocer la asociación de la cervicovaginitis con la bacteriuria asintomática en el segundo y tercer trimestre del embarazo.
- Conocer la incidencia de la flora genitourinaria durante la gestación.
- Conocer la frecuencia de infección cervicovaginal.
- Evaluar los repercusiones feto maternas, secundaria a estos procesos.

## MATERIAL Y METODOS

En el centro hospitalario "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E. se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, abierto y comparativo del 30 de Noviembre de 1990 al 30 de Septiembre de 1991.

Se captaron 74 pacientes de los cuales se eliminaron 10 por no completar con los exámenes de laboratorio.

## CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta de obstetricia y de urgencias ginecoobstetricas con embarazo de 20 a 34 semanas de gestación con embarazo único normo evolutivo, sin sintomatología urinaria, que no hubieran recibido antibiótico terapia en las últimas 2 semanas y con cuadro clínico de cervicovaginitis (leucorrea, fetidez, prurito), analizando las características generales ginecoobstetricas.

### CRITERIOS DE EXCLUSION

Se prescindió de las pacientes que mostraron datos previos de infección urinaria, que hubieran recibido tratamiento previo con antibióticos, pacientes con antecedentes de malformación del tracto urinario, litiasis renouretral, embarazo múltiple, embarazo menor de 20 semanas y mayor de 37 semanas de gestación, que no estuvieran de acuerdo en participar con el estudio, y que no hallan reunido los variables generales.

### CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no acudieron a sus citas posteriores, administración de antibióticoterapia por causa que no haya sido genitourinaria, y que no hubiesen reunido los requisitos previamente establecidos.



## DESCRIPCION DEL ESTUDIO

A cada paciente se le formuló un cuestionario (anexo 1) incluyendo los variables del estudio, solicitándoles un examen general de orina, urocultivo, frotis y cultivo de exudado cervicovaginal, estos fueron tomados y procesados por el laboratorio. La técnica empleada fué la siguiente:

1. Urocultivo.- previa asepsia y antisepsia de la región vulvar con jabón y benzal, se desecho el primer chorro de orina procediendo inmediatamente a la toma de la muestra, en un lapso no mayor de 2 hrs. Con micropipeta calibrada a 0.1 ml, sembrándose en cajas de Petri. En el medio de cultivo de Mc Conkey (para el desarrollo de Gram Negativo) y en agar sangre de carnero (para Gram Positivo). Empleando inmediatamente el método de arrastre y estriacion, incubándose a 37°C, realizando una interpretación inicial a las 24 hrs. y la definitiva en 48 hrs.

Frotis y cultivo de exudado vaginal.- se tomarón 3 muestras:

En laminilla

Sol. Salina

Medio de BHI

La laminilla se leyó en fresco en un lapso no mayor de 60 min. realizándole tinción de Gram.

El frotis en fresco se incubó a 37°C en un recipiente con agua y posteriormente se procedió a la lectura en microscopio.

La muestra de BHI. Se sembraron en medios de Mc Conkey, gelosa sangre y gelosa chocolate; los 2 primeros se incubaron a 37°C utilizando métodos de arrastre y estricción con lectura a las 24 hrs.

La siembra de gelosa chocolate se incubó en una atmósfera de CO<sub>2</sub> y se leyó a las 48 hrs.

A todas las muestras se les colocó *Staphylococcus* ya que se utiliza como método comparativo para observar el satelitismo de *haemophilus influenzae*.

Cuando el resultado fue positivo se incubó por más tiempo la muestra hasta 5 días por lo tanto los reportes se tuvieron en este periodo de tiempo, cuando el resultado fue positivo se administró tratamiento específico, realizando controles mensuales evaluando las características obstetricas del nacimiento y neonatales.

A las pacientes que tuvieron cultivos positivos se les indicó Tratamiento específico.

El análisis estadístico se realizó formando grupos:

- I.- Sanas.
- II.- Pacientes con cervicovaginitis.
- III.- Pacientes con cervicovaginitis y bacteriuria asintomática.

A las variables generales se les realizó pruebas con medidas de tendencia central y porcentaje, prueba de independencia de Chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y prueba de Nova apoyándonos en el paquete analítico de EPISTET.

## RESULTADOS

De las 64 pacientes estudiadas se encontraron las siguientes características biotipológicas:

### I). EDAD:

El promedio de edad de las pacientes fue de 28.9 años siendo la mínima de 20 y la máxima de 44. (Gráfica 1)

### II). NUMERO DE EMBARAZOS:

Las pacientes estudiadas tenían de 1 a 7 embarazos, encontrándose que en 33 pacientes (51.6%) tenían de 2 a 3 embarazos. (Gráfica 2)

### III). ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Los antecedentes personales maternos que se observaron fueron cardiopatía, hipotiroidismo, en un caso para cada uno.

### IV). EDAD DEL EMBARAZO.

28 pacientes (43.7%) tenían embarazo entre 20 a 24 semanas, 12 pacientes (18.7%) entre 25 a 28 semanas de gestación, 6 pacientes (9.5%) tenían embarazos de 29 a 32 semanas, 11 pacientes (17.1%) tenían de 33 a 34 semanas y 7 pacientes (11%) de 35 a 37 semanas de gestación. (Gráfica 3)

#### V). FRECUENCIA DE AMENAZA LE PARTO PRETERMINO.

Se encontró una paciente (1.56%) en el grupo de sanas, una paciente (1.56%) en el grupo de cervicovaginitis y dos pacientes (3.12%) en el grupo de cervicovaginitis y bacteriuria asintomática. (Gráfica 4)

#### VI). GRUPOS DE ESTUDIO.

De acuerdo a la sintomatología clínica y laboratorio se encontraron:

I. Pacientes sanas: 12 (18.75%)

II. Pacientes con cervicovaginitis: 44 (63.75%)

III. Pacientes con cervicovaginitis y bacteriuria asintomática: 8 (12.5%).

No se detecto ninguna paciente portadora de bacteriuria asintomática aislada.

Los principales síntomas clínicos de cervicovaginitis, fueron leucorrea 64 pacientes (100%), prurito vulvar cuatro pacientes (6.2%), fetidez cuatro pacientes (6.2%).

De los 6 urocultivos positivos, no se observó bacteriuria en el urianálisis; sin embargo en 12 urianálisis se encontró bacteriuria y de estos cuatro pacientes tenían cultivo cervicovaginal positivo.

Los gérmenes presentes en los cultivos urinarios, fueron *E. coli* cuatro (50%), *proteus mirabilis* y *Staphylococcus* dos casos (25%) para cada uno. La asociación de microorganismos del tracto genital con bacteriuria asintomática fueron *candida* cuatro (50%), *E. coli* tres (27.5%) y *clamidia* uno (12.5%).

Para poder evaluar la correlación en el grupo III, la prueba exacta de Fisher, nos mostró que no hubo asociación estadísticamente significativa ( $P > 0.17$ ).

Respecto a la presencia de Anemia Materna y su correlación con cervicovaginitis y bacteriuria al aplicar la prueba de Nova, se observó que fue significativa. Siendo el nivel de hemoglobina normal, mayor de 12 gr.

De 44 paciente del grupo II, 12 pacientes presentaron anemia. De ocho pacientes del grupo III, solo tres pacientes presentaron anemia.

Hasta la fecha han nacido 23 productos sin observar ningún caso de prematuridad y todos en buenas condiciones.

## D I S C U S I O N

El embarazo conlleva un cambio en las condiciones ginecoobstétricas aunado a una serie de factores que pueden influir en su evolución. (1,2,3)

La edad, la paridad y los antecedentes maternos, son parámetros concomitantes que pueden complicar el curso de la gestación; sin embargo éstas disminuyen cuando se observan como variables aislados.

Una de las causas de morbimortalidad perinatal, es la prematuridad y las condiciones agregadas que la complican, ante esta evidencia enfocamos nuestro estudio desde el segundo trimestre de la gestación.

Encontramos que casi el 70% de las pacientes cursaron con cervicovaginitis y el 12.5% con esta condición y bacteriuria asintomática agregada, dato que va acorde con los estudios reportados a nivel mundial, siendo del dos al 12%. (1,12,14,16-18)



La E.colli se ha reportado como el uropatógeno más frecuente en la mujer embarazada (50%). (17,19). Dato que concuerda con nuestros resultados y dentro de la flora vaginal patógena. (2,4,11)

La Candida, Tricomona y Gardnerella, observamos que dicha asociación con nuestro grupo de pacientes, fué similar para el primer germen y nuevamente la E. coli se encontró como segunda causa de patología cervicovaginal.

Llama la atención que la bacteriuria asintomática como condición aislada no se observo en ningún caso, y al realizar las pruebas correlativas no observamos significancia estadística de ésta combinada con cervicovaginitis, y si encontramos una significancia de la combinación de estas dos con la anemia materna.

Al analizar los resultados de los estudios de laboratorio considerando el examen general de orina, frotis y urocultivo, no hubo asociación con el reporte de bacterias y el agente etiológico, en cambio la existencia de bacterias en el urianálisis, se relacionó más con cultivos cervicovaginales positivos;

posiblemente esto se explicaría como una contaminación de la orina por la flora genital.

El curso del embarazo en la mayoría de las pacientes evolucionó en forma satisfactoria sin encontrar incremento en la morbilidad perinatal, cabe mencionar que todavía no han nacido 41 niños, pero hasta la fecha el curso de la gestación ha sido adecuada.

### CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de bacteriuria asintomática fué de 12.5%.
- 2.- La incidencia de cervicovaginitis fué de 68.75%.
- 3.- La E. coli es el gérmen que ocupa el 1er lugar como causa de bacteriuria asintomática.
- 4.- La Candida sigue siendo el gérmen patógeno mas frecuente del tracto genital.
- 5.- No hay relación entre cervicovaginitis con bacteriuria asintomática, de acuerdo a la prueba estadística.
- 6.- En el grupo de pacientes que cursaron con cervicovaginitis hubo una incidencia mayor de anemia materna.

7.- La frecuencia de complicaciones observadas durante el embarazo fue mínima ya que se implementa una vigilancia más acuciosa posterior al tratamiento específico.

8.- La existencia aislada de bacteriana en el examen general de orina no es indicativa de infección de vías urinarias y sí podría acompañarse de una infección cervicovaginal, o por contaminación de la muestra.

9.- El examen general de orina no es útil para detectar bacteriuria asintomática, esta debe diagnosticarse con urocultivo.

10.-El examen general de orina no es específico de infección.

A N E X O I.  
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
CEDULA \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

HIPERTENSTON \_\_\_\_\_ CARDIOPATIAS \_\_\_\_\_ TOXEMIA \_\_\_\_\_ NEOPLASIAS \_\_\_\_\_ LUES \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ BANO DIARIO \_\_\_\_\_  
TABAQUISMO \_\_\_\_\_ ALCOHOLISMO \_\_\_\_\_ ALIMENTACION \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

TOXEMIA \_\_\_\_\_ CIRUGIAS PREVIAS \_\_\_\_\_ FRACTURAS \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_  
TRANSFUSIONES SANGUINEAS \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

MEJARCA \_\_\_\_\_ RITMO \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
COMPAÑEROS SEXUALES \_\_\_\_\_ GESTAS \_\_\_\_\_ PARAS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_  
PUP \_\_\_\_\_ FUR \_\_\_\_\_ EG \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ INICIO \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ CONTROL PRENA-  
TAL \_\_\_\_\_ IP \_\_\_\_\_ TVII \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_ CERVICOVAGINITIS PREVIA \_\_\_\_\_

EXAMEN GENERAL DE ORINA

PH \_\_\_\_\_ DENSIDAD \_\_\_\_\_ ALBUMINA \_\_\_\_\_ GLUCOSA \_\_\_\_\_ CETONAS \_\_\_\_\_ SANGRE \_\_\_\_\_  
LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ BILIRRUBINAS \_\_\_\_\_ BACTERIAS \_\_\_\_\_ PIOCITOS \_\_\_\_\_  
CELULAS \_\_\_\_\_ CRISTALES \_\_\_\_\_  
UROCULTIVO \_\_\_\_\_

BACTERIAS \_\_\_\_\_ COLONIAS X CAMPO \_\_\_\_\_

FROTIS Y CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL.

FROITS \_\_\_\_\_

CULTIVO \_\_\_\_\_

PAPANICOLAU \_\_\_\_\_

BIOMETRIA HEMATICA

HB \_\_\_\_\_ HTO \_\_\_\_\_ LEUCOCITOS \_\_\_\_\_ DIFERENCIAL \_\_\_\_\_

EVOLUCION DEL PUERPERIO \_\_\_\_\_

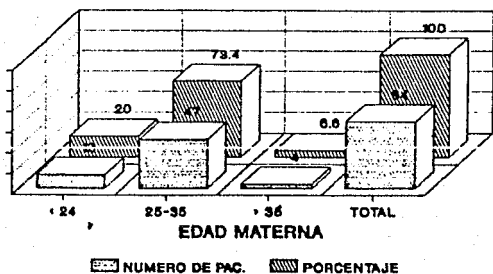
DATOS DEL PRODUCTO \_\_\_\_\_

PESO DEL PRODUCTO \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

VIA DE EXTRACCION DEL PRODUCTO \_\_\_\_\_

GRAFICA I.

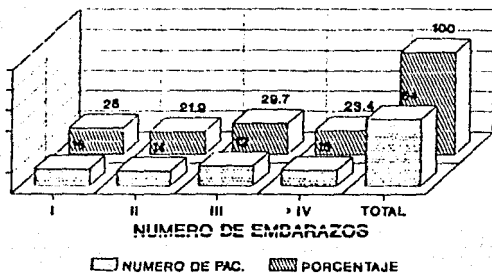
**CORRELACION DE CERVICOVAGINITIS Y  
BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EMBARAZOS  
DE 20 A 37 SEMANAS DE GESTACION**



M.R. 20 NOV. 1988E  
COM

GRAFICA II.

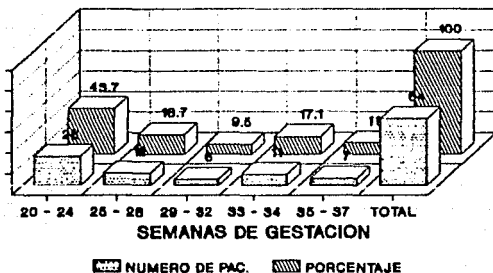
**CORRELACION DE CERVICOVAGINITIS Y  
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EMBARAZOS  
DE 20 A 37 SEMANAS DE GESTACION**



H.R. 20 NOV. 1988TE  
CDM

GRAFICA III

**CORRELACION DE CERVICOVAGINITIS Y  
BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EMBARAZOS  
DE 20 A 37 SEMANAS DE GESTACION**

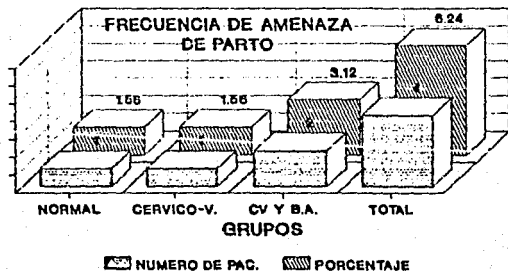


M.R. 20 NOV. 1988TE  
CDM



GRAFICA IV.

**CORRELACION DE CERVICOVAGINITIS Y  
BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EMBARAZOS  
DE 20 A 37 SEMANAS DE GESTACION**



H.R. 20 NOV. 1988TE  
CDM

GRAFICA V.

CORRELACION DE CERVICOVAGINITIS Y BACTERIURIA ASINTOMATICA EN EMB. DE 20 A 37 SEMANAS		
<u>GERMEN</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
CANDIDA	17	38.8
E.COLI	11	25
CANDIDA + E.COLI	6	13.6
GARNERELLA	4	9.0
E.COLI + GARNERELLA	3	6.8
E.COLI + CLAMIDIA	1	2.27
CANDIDA + GARNERELLA	1	2.27
CANDIDA + KLEBSCIELLA	1	2.27
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

M R 20 NOV 1988TE CDM

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Tlapanco BR., Gaviño AS., Efectos de las medidas preventivas sobre la frecuencia de las infecciones urinarias durante el embarazo.  
Tesis de posgrado, Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE, México, D.F. 1990.
- 2.- Walss R y Cols.- Flora bacteriana cervicovaginal en mujeres sanas. Estudio cualitativo en mujeres no grávidas. Grávida y Puerperio. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 1988. 56: 57-60.
- 3.- Conde G. y Cols.- características microbiológicas de la vaginosis bacteriana. Ginecología y Obstetricia de México. 1987. 55: 74-79.
- 4.- David A. Echenbach.- vaginosis bacteriana. Temas actuales. Clínica de Ginecología y Obstetricia 1989. 3: 581-598.

- 5.- Garrido y Cols.- Candidiasis y tricomoniasis vaginal ¿Puede diagnosticarse con facilidad? Ginecología y Obstetricia de México. 1983. 51: 316
- 6.- Pritchard y Cols.- Infecciones del tracto urinario. Obstetricia 2a. edición 1988: 561-569.
- 7.- Quiroz.- tratamiento de la vulvovaginitis por candida, con clotrimazol en crema vaginal al 2 por ciento durante tres días. Ginecología y Obstetricia de México. 1982. 50. 298: 25-28.
- 8.- James A. Mc Gregor.- Infección por clamidias en mujeres. Temas actuales. Clinicos de Ginecología y Obstetricia 1989. 3: 553-580.
- 9.- James A. Mc. Gregor.- Cervicovaginal microflora and pregnancy outcome: Results of a double-blind, placebo-controlled trial of erythromycin treatment. Am J. Obstet Gynecol, 1990. 163: 1680-1691.

10.-George M. Ryan y Cols.- Chlamydia trachomatis infection in pregnancy and effect of treatment on outcome. Am J. Obstet Gynecol. 1990. 162: 34-39.

11.-William F. y Cols.- Clindamicin + Herapy for chlamydia in women. Am. J. Obstet Gynecol. 1990. 162: 343-347.

12.-Calderón Jaimes.- Infección urinaria asintomática en el embarazo y su repercusión perinatal. Ginecología y Obstetricia de México. 1988. 56: 302-309.

13.-Calderón Jaimes y Cols.- Cistouretritis durante la gestación. Ginecología y Obstetricia de México. 1989. 57: 57-63.

14.-Calderón Jaimes y Cols.- Prevención de la infección urinaria durante la gestación en pacientes con bacteriuria asintomática. Ginecología y Obstetricia de México. 1989. 57: 90-96.

15.-Romero y Cols.- Meta-analysis of relation shipbet  
wen asymptomatic bacteriuria and preterm  
delivery low birth weight. Obstet Gynecol 1989. 73  
(4): 576-582.

16.-Patterson T. F., Andriolevt.- Bacteriuria in preg  
nancy infect dis clin north Am. 1987. 1: 807-822.

17.-Lindat. Brubaker y Peter & sond.- Polaquiuria y  
vigencia para la micción. Temas actuales clinicos  
de ginecología y Obstetricia. 1989. 16: (4): 881-  
895.

18.-Shari Thomas y Cols.- Nuevos métodos para el  
tratamiento de las infecciones de vías urinarias.  
Temas actuales. Clinicas de Ginecología y  
Obstetricia. 1989. 16 (4): 897-910.

19.-Gerard J. y Cols.- Importance of Systematic Re  
search of urinary Infection in pregnant women and  
the cost of it's detection. Proposal for a practi-  
cal approach. J. Gynecol Obstet Biol Reprod. 1983.  
12: 243-251

20.-Miller y Coles.- Rupture of fetal membranes and premature delivery associated with group B Streptococci in urine of pregnant women. Lancet. 1963. 69-70.

21.-Hastings y Coles.- Group B streptococci colonisation and the outcome of pregnancy. J. Infect. 1986. 12: 22-29.

22.-Serment y Coles.- Obstetric and neonatal consequence of urinary infection during pregnancy. Ann urol. 1964: 427-429.