



112178
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

2ej.

VAGINOSIS BACTERIANA Y EMBARAZO

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. FRANCISCO JOSE ARMADA OBESO

TUTOR DE TESIS DR. ARTURO A. JUAREZ AZPILCUETA

260693

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

**ESTA TESIS FUE REVISADA Y APROBADA POR LAS
COMISIONES DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN A TRAVÉS
DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO Y REGISTRADA POR LOS
MISMOS CON LA CLAVE DIC/97/406B/03/072**

DR. ANTONIO CARRILLO GALINDO
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO

DR. ARMANDO VALLE GAY
JEFE DE LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y JEFE DE ENSEÑANZA DE LA
UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO.

DR. EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO UNIVERSITARIO DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y MEDICO ADJUNTO
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO.

DR. ARTURO A. JUÁREZ AZPILCUETA.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Y MEDICO AUXILIAR
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO, TUTOR DE LA PRESENTE TESIS.

**“ DESDE QUE LLEGUE A ESTE LUGAR SIEMPRE TUVE
UNA META MUY CLARA, REALIZAR UNA ESPECIALIDAD, DE
MANERA DIGNA Y SIEMPRE TRATAR DE SER EL MEJOR,
NUNCA PENSE EN HACER AMIGOS, PUES NO ERA EL LUGAR
INDICADO, AHORA, ADEMÁS DE CUMPLIR CON MI META
DEJO MUCHOS AMIGOS, ESO NO PUEDE SER MAS QUE UNA
BENDICIÓN DE DIOS ”**

UTOPIA

AGRADECIMIENTOS.

LA PRESENTE TESIS ES EL RESULTADO DEL ESFUERZO DE MUCHA GENTE TANTO INTRA COMO EXTRAHOSPITALARIA Y ES A ELLOS A QUIENES SE DEBE EL PRODUCTO DE ESTOS 4 AÑOS DE ESFUERZO:

A DIOS, CON QUIEN DE ALGÚN MODO HE SIDO INGRATO PUES POR ESTAR ATENDIENDO MI CARRERA LO HE DESCUIDADO UN POCO, Y A CAMBIO EL SIEMPRE ME HA CUIDADO Y HA ESTADO CERCA DE "SU ANIMALITO CONSENTIDO".

A LOS DOCTORES ANTONIO CARRILLO GALINDO, ARMANDO VALLE GAY Y EDUARDO MOTTA MARTÍNEZ POR SABERME ORIENTAR, CORREGIR Y CONTROLAR EN EL MOMENTO PRECISO.

A DON PACO Y DOÑA ANGELINA (MIS PAPAS) QUIENES ME FORMARON, ME HICIERON COMO SOY, SIEMPRE ME HAN DADO SU APOYO PARA HACER LO QUE QUIERO Y SON RESPONSABLES DE LO QUE SOY.

A PATY HERNANDEZ QUE ME HA AGUANTADO MIS BUENOS Y MALOS RATOS POR MAS DE 2 AÑOS, QUIEN SIEMPRE HA CONFIADO EN MI QUIEN SIEMPRE ME HA SERVIDO COMO MOTIVO PARA SUPERARME Y A QUIEN ADORO.

A CARLOS, ANGELINA, KARLITA Y SHARON QUIENES DE ALGUNA MANERA HAN CUBIERTO EL HUECO QUE DEJE EN CASA HACE YA 9 AÑOS POR QUIENES TODOS LOS DÍAS ME LEVANTO CON EL ANIMO DE HACER MI MEJOR ESFUERZO, LOS QUIERO MUCHO.

A LOS DOCTORES: GREGORIO MAGAÑA C., LAURA GODINEZ E., ANTONIO GUERRERO H., PASCUAL SÁNCHEZ R., EDUARDO MOTTA M., MANUEL BORGES I., LUIS MANUEL ROMAN, ARMANDO MONTAÑO U., MANUEL LEAL T., MARIO JAIMES R., MIGDALIA CRUZ, FELIO MIRABENT, MARCO A. MÁRQUEZ B., MIGUEL VILLA Y ARTURO JUÁREZ, FUERON LA PARTE DEL BUFETE QUE DECIDÍ TOMAR Y ADEMÁS TENGO EL ATREVIMIENTO DE LLAMARLES AMIGOS, ¡ GRACIAS POR AYUDARME A APRENDER !

AL DR. SERAFÍN ROMERO HERNANDEZ, CON QUIEN EN 4 AÑOS PASE MUCHAS COSAS, A QUIEN CONSIDERO UN HERMANO MENOR Y EL ÚNICO RESIDENTE QUE EN SU MOMENTO ENTENDIÓ QUE ESPERÁBAMOS DE LA RESIDENCIA PARA NOSOTROS Y PARA EL RESTO DEL GRUPO; NUESTRA UTOPIA.

A MI GUARDIA: RUBEN, PATY, FER, QUIQUE, CHARO Y ERIKA, NO SOMOS MUCHOS PERO SI MUY BUENOS, PASAMOS MUCHAS BUENAS Y MALAS, SIGAN CULTIVANDO LO QUE EMPEZAMOS JUNTOS HACE 2 AÑOS, LOS FRUTOS APARECEN POCO A POCO. ¡ GRACIAS POR SU APOYO !.

A MIS COMPAÑEROS: SERAFO, PATY, TUTI, ADY, YOLA, FER, QUIQUE, CONNY, CHARO, IVAN, ERIKA, BLANCA, EMMA Y ABELARDO; SIGAN HACIENDO UNA ESPECIALIDAD EXITOSA Y CUIDENSE MUCHO DE AQUELLOS QUE PERSIGUEN SOLO INTERESES PERSONALES SIN IMPORTARLES EL BIEN DEL GRUPO. ¡ GRACIAS AMIGOS !

VII
ÍNDICE.

INTRODUCCION	1
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
ANALISIS DE RESULTADOS	8
CONCLUSIONES	9
ANEXOS	10
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	16

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y comparativo de 1262 pacientes embarazadas que acuden por primera vez a control prenatal a la consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, dicho estudio se realizó en 2 fases; en la primera fase de captaron de manera aleatoria 1262 pacientes embarazadas en las cuales se realizó o se descartó el diagnóstico de vaginosis bacteriana identificándose la incidencia de la entidad en nuestra población y formándose en base a este diagnóstico 2 grupos; mediante interrogatorio dirigido se captaron los factores de riesgo a que estuvieron expuestas estas pacientes y se llevo a cabo el seguimiento del embarazo de todas las pacientes identificando las complicaciones que se presentaron en ambos grupos. Se compararon los factores de riesgo a que estuvieron expuestos y las complicaciones que presentaron ambos grupos observándose que la incidencia de vaginosis bacteriana en nuestra población fue de 13.4%; que la edad, paridad, uso de DIU y promiscuidad pueden representar factores de riesgo, probablemente asociadas a otras situaciones, para el desarrollo de vaginosis bacteriana y que el grupo de pacientes embarazadas que presentan vaginosis bacteriana durante el embarazo tienen 14 veces mas riesgo de presentar complicaciones durante el mismo.

ANTECEDENTES.

La secreción vaginal anormal y los síntomas relacionados con la misma se encuentra asociada a algún tipo de microorganismo como *Cándida albicans*, *Trichomona vaginalis* y/o *Gardnerella vaginalis*. Los 2 primeros microorganismos producen un estado inflamatorio denominado vaginitis el cual se diferencia de la vaginosis bacteriana porque en esta exista además una disminución de lactobacilos aerobios y aumento de los anaerobios y los anaerobios obligados como el caso de la *Gardnerella vaginalis*, el *Mycoplasma*, *Bacteroides*, *Peptoestreptococos* y *Mobiluncus*. En la vaginosis bacteriana hay gran cantidad de bacterias (aún no se identifica una específica para la entidad), presencia de células clave, ausencia de leucocitos y marcada disminución del pH vaginal.(1,2,3).

El número de bacterias en el ecosistema vaginal normal es de 100mil a 1 millón de células por gramo de secreción, en la vaginosis bacteriana aumenta de 100mil millones y hasta 1 billón de células por gramo de secreción.(4).

La *Gardnerella vaginalis* es un bacilo anaerobio no encapsulado, inmóvil, pleomorfo y de tinción variable con el colorante de Gram; ya en 1955 Gardner y Duke lo aislaron hasta en 92% de las pacientes con vaginosis bacteriana. Actualmente la literatura mundial reporta la presencia del microorganismo desde un 30 hasta un 90%, lo cual apoya la idea de que participa en la manifestación de este síndrome pero no se puede afirmar que sea la causa que lo precipite.(5).

La disminución del pH vaginal causa una depleción de los lactobacilos normales de la flora vaginal, dicha flora vaginal normal se ve sustituida por anaerobios, siendo el más frecuente la *G. vaginalis*, sin embargo otros microorganismos anaerobios vinculados son: *Mycoplasma hominis* (24 a 75%), *bacteroides*, *peptococos*, *eubacterium*, *fusobacterium* y *V. pívula*.(6,7).

La incidencia de vaginosis bacteriana varía en diferentes poblaciones, la más baja ha sido reportada en una muestra de estudiantes universitarias con un 1.5%, mientras que la más alta se reportó en una muestra de pacientes que acudían a una clínica de enfermedades de transmisión sexual con un 64%. En pacientes embarazadas la incidencia de vaginosis bacteriana se ha reportado entre un 3 y un 12%.(7,8).

La vaginosis bacteriana afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad reproductiva lo cual orienta hacia una probable participación de las hormonas sexuales en su patogenia. El uso de DIU y el mayor número de parejas sexuales se ha vinculado con un mayor riesgo de presentar vaginosis bacteriana, así mismo el empleo de contraceptivos

hormonales de depósito, parecen ofrecer un efecto protector al promover una flora vaginal con predominio de lactobacillus, la edad también parece influir en una mayor incidencia de la entidad. No existe predisposición racial para su desarrollo, así mismo está en duda la transmisión sexual de la misma pues se han reportado 2 casos de vaginosis bacteriana en pacientes que nunca habían tenido práctica sexual.(9,10,11)

El diagnóstico debe de ser inicialmente clínico, sin embargo hasta 50% de las pacientes pueden cursar asintomáticas (particularmente durante el embarazo) por lo que puede realizarse el diagnóstico de forma sencilla y rutinaria a nivel del consultorio siguiendo los criterios de Amsel. Para establecerse el diagnóstico deberán cumplirse cuando menos 3 de los siguientes 4 criterios: 1) Presencia de secreción vaginal, 2) pH vaginal menor de 4.7, 3) Presencia de células clave en la secreción vaginal, 4) Prueba de olor a aminas positivas.(10).

El pH vaginal es fácil de determinar mediante una tira reactiva humedecida por el líquido estancado en el espejo vaginal, siendo esta determinación la más sensible, pero la menos específica teniendo un valor predictivo negativo muy importante, pues de ser positivo estaremos obligados a la búsqueda de células clave.

El olor de la secreción vaginal es de suma importancia dado que la paciente lo refiere frecuentemente como olor a pescado, este olor frecuentemente es apreciado después del coito, ya sea por la misma paciente o su pareja, sin embargo dicho olor puede ser confundido con el del semen. La adición de hidróxido de potasio al 10% a la secreción vaginal libera algunas aminas como putresina y cadaverina lo cual da un olor característico que sirve como criterio para el diagnóstico.

La detección de células clave se realiza al visualizar en el microscopio secreción vaginal con solución salina, su presencia es altamente sospechosa de vaginosis bacteriana, el frote de papanicolaou aunque menos específico es otro buen medio para detectar células clave. La tinción de Gram es de pésima calidad para detectar *G. vaginalis*, así mismo se han diseñado medios de cultivo para su identificación siendo el de Tween el más adecuado con una efectividad del 55%.

Se ha vinculado a la vaginosis bacteriana con la ruptura prematura de membranas, trabajo de parto pretérmino, corioamniotitis y endometritis postparto, presentándose en 10 a 25% de estas pacientes. La prematuridad es un problema de grandes dimensiones en el ejercicio de la obstetricia, siendo esta la causa del 70 a 80% de las muertes perinatales excluyendo las malformaciones congénitas.

El inicio del trabajo de parto prematuro y la ruptura prematura de las membranas son causa frecuente de prematuridad y la causa de ambas esta aún mal definida; sin embargo las infecciones del tracto genital materno puede producir el inicio del parto prematuro y una corioamniotitis focal asintomática. La lipasa y las proteasas bacterianas podrían disminuir la

resistencia de las membranas coriomanióticas y facilitar su ruptura. Se ha detectado elevada producción de fosfolipasa A2 en presencia de *G. vaginalis*, *Bacteroides* y *fusobacterium*, enzima que inicia la producción de prostaglandinas al liberar ácido araquidónico en forma esterificada.

La colonización de membranas, corioamnioitis focal y respuesta inflamatoria también son factores precipitantes de la síntesis de prostaglandinas y el inicio del trabajo de parto. Varios estudios han reportado la presencia de vaginosis bacteriana e inicio de actividad uterina prematura. En uno de dichos estudios de 212 pacientes estudiadas se diagnosticó vaginosis bacteriana en 34% y 61 presentaron trabajo de parto antes de término. Otros autores han encontrado una importante relación entre el aislamiento de *G. vaginalis* y la ruptura prematura de membranas con producto de pretérmino. Un total de 214 pacientes con trabajo de parto prematuro y membranas íntegras fueron objeto de amniocentesis abdominal en 5 estudios diferentes, 35 (16%) de ellas presentaron cultivo positivo para *G. vaginalis*.

Se han aislado *G. vaginalis*, *Bacteroides* y *Peptoestreptococos* en 60% del diagnóstico de los cultivos endometriales de pacientes con endometritis postparto. En un estudio de variables múltiples la vaginosis bacteriana diagnosticada antes del parto también fue causante de casi 35% de las endometritis postparto.

El metronidazol es el fármaco más adecuado para el tratamiento de la vaginosis bacteriana ya que, al mismo tiempo que es eficaz contra anaerobios, es inactivo contra lactobacilos facultativos, por lo que ayuda a recolonizar la vagina para restablecer su flora normal.

Los 2 esquemas más utilizados y con mejores resultados son: 500mg 2 veces al día por 7 días, ó 2 gramos como dosis única. El empleo de clindamicina a dosis de 300mg 2 veces al día por 7 días también presenta buenos resultados. El empleo de metronidazol 500mg intravaginal por 7 días ofrece una tasa de curación del 80%, en tanto que el empleo de crema de clindamicina al 2% por 7 días presentó una tasa de curación del 94%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la frecuencia de vaginosis bacteriana en las pacientes embarazadas de nuestro medio ?

¿Cuales son los factores de riesgo que se asocian a la vaginosis en el embarazo?

¿Cuales son las complicaciones en estas pacientes?

JUSTIFICACIÓN.

Se ha vinculado a la vaginosis bacteriana con la ruptura prematura de membranas, trabajo de parto pretérmino, corioamnioitis y endometritis postparto, presentándose en 3 a 12% de estas pacientes. La prematuridad es un problema de grandes dimensiones en el ejercicio de la obstetricia, siendo esta la causa del 70 a 80% de las muertes perinatales excluyendo las malformaciones congénitas, las infecciones del tracto genital materno puede producir el inicio del parto prematuro y una corioamnioitis focal asintomática.

Siendo la vaginosis bacteriana una entidad clínica frecuente en el medio, fácil de detectar, con un aceptable éxito en su tratamiento local, y siendo un factor que puede alterar de manera muy importante un proceso fisiológico como lo es el embarazo, mediante el presente estudio se pretende establecer la frecuencia de vaginosis bacteriana en el embarazo en nuestro medio, identificando los posibles factores de riesgo para ésta e identificando las complicaciones de esta población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la frecuencia de vaginosis bacteriana en las pacientes embarazadas de nuestro medio ?

¿Cuales son los factores de riesgo que se asocian a la vaginosis en el embarazo?

¿Cuales son las complicaciones en estas pacientes?

JUSTIFICACIÓN.

Se ha vinculado a la vaginosis bacteriana con la ruptura prematura de membranas, trabajo de parto pretérmino, corioamnioitis y endometritis postparto, presentándose en 3 a 12% de estas pacientes. La prematurez es un problema de grandes dimensiones en el ejercicio de la obstetricia, siendo esta la causa del 70 a 80% de las muertes perinatales excluyendo las malformaciones congénitas, las infecciones del tracto genital materno puede producir el inicio del parto prematuro y una corioamnioitis focal asintomática.

Siendo la vaginosis bacteriana una entidad clínica frecuente en el medio, fácil de detectar, con un aceptable éxito en su tratamiento local, y siendo un factor que puede alterar de manera muy importante un proceso fisiológico como lo es el embarazo, mediante el presente estudio se pretende establecer la frecuencia de vaginosis bacteriana en el embarazo en nuestro medio, identificando los posibles factores de riesgo para ésta e identificando las complicaciones de esta población.

OBJETIVOS.

PRINCIPAL.

Determinar la incidencia de vaginosis bacteriana en las pacientes embarazadas que acuden al hospital general de México.

SECUNDARIOS.

Identificar los factores de riesgo mas frecuentes que condicionan la presencia de vaginosis bacteriana en el embarazo.

Identificar complicaciones más frecuentes del embarazo en pacientes con diagnóstico de Vaginosis Bacteriana del H.G.M.

METODOLOGÍA.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se capturaron de manera aleatoria y se llevo a cabo seguimiento de 1262 pacientes embarazadas que acudían por vez primera a la consulta externa del Hospital General de México a control prenatal, sin otro motivo de consulta del 1o de Marzo de 1996 al 1o de Septiembre de 1997, excluyéndose a aquellas pacientes que hubiesen recibido hormonales u antibióticos de cualquier tipo 6 meses previos al estudio.

A las 1262 pacientes se les realizó en su primera visita a nuestro consultorio las pruebas de Amsel que consistieron en: a) Valorar presencia o no de escurrimiento genital anormal, b) Medición mediante tiras reactivas el pH vaginal, c) Toma de muestra cervico-vaginal para identificación de células clave y d) administración de 2 gotas de cloruro de potasio al 10% para identificar olor característico de vaginosis bacteriana. Así mismo se tomo muestra vaginal para realizar cultivo del mismo en medio de Tween para identificación de Gardnerella vaginalis y/o algunos otros microorganismos patógenos.

Las pruebas de Amsel se consideraron positivas si: a) Se evidenciaba la presencia de escurrimiento genital anormal, b) La tira reactiva para pH reporta valores menores a 4.7, c) Presencia de células clave en la muestra cervico-vaginal vista a microscopio a 40x, d) Olor a aminas positivo a la administración de cloruro de potasio al 10%. Se consideró que una paciente era portadora de vaginosis bacteriana al presentar los 4 criterios de Amsel positivos independientemente del reporte del cultivo o en su defecto 3 criterios de Amsel positivos y cultivo positivo para Gardnerella vaginalis.

A todas las pacientes se les realizó una historia clínica completa identificando algunos factores de riesgo para el desarrollo de la entidad captando en un formato especial datos como: edad, paridad, edad gestacional, número de compañeros sexuales y método de planificación familiar; así mismo se llevó acabo el seguimiento de los embarazos de las 1262 pacientes hasta el puerperio inmediato, detectándose, las complicaciones como amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y endometritis que se presentaron durante este tiempo.

A las pacientes en quienes se realizó el diagnóstico de Vaginosis bacteriana durante su embarazo se les indicó el tratamiento convencional a base de 500mg de metronidazol local cada 24hrs por 7 días.

Una vez obtenida la información completa se obtuvo la incidencia de la entidad en nuestra población, así mismo se realizó un análisis comparativo de los factores considerados como de riesgo para el desarrollo de la entidad así como de la presencia de complicaciones en el embarazo. El análisis estadístico de este estudio se realizo mediante t de student no pareada y X². Lo cual fue realizado por el software del personal system/1 mod. 2155-H75 (SL-B), IBM TM.

RESULTADOS

Se captaron y se siguió la evolución del embarazo de 1262 pacientes de las cuales se realizó el diagnóstico de vaginosis bacteriana en 170 y se descartó en 1092 (Fig. 1).

Observamos que el promedio de edad en nuestra población es de 24.2 años, que el promedio de paridad es de 2.1 partos y en promedio cada paciente tuvo 1.2 parejas sexuales. En el grupo de pacientes con diagnóstico de vaginosis bacteriana observamos que su media de edad fue de 27.3 años, con un promedio de paridad de 2.8 partos y un promedio de 2.8 parejas sexuales.

Del grupo de 1092 pacientes en que se descartó la presencia de vaginosis bacteriana: 140 (12.8%) fueron portadoras de DIU, 197(18%) eran mayores de 25 años, 131(12%) habían cursado con 2 o más embarazos y 164 (15%) refirieron 3 o más parejas sexuales (Tabla 1), (Figura 2) ; en tanto que en el grupo de 170 pacientes en quienes se diagnosticó vaginosis bacteriana durante el embarazo: 114 (67%) fueron portadoras de DIU, 78 (46%) eran mayores de 25 años, 72 (42%) cursaron con 2 ó mas embarazos y 83 (49%) refirieron 3 o más parejas sexuales. (Tabla 1), (Figura 3).

En lo referente a las complicaciones en el grupo de 1092 pacientes en quienes se descartó el diagnóstico de vaginosis bacteriana 884 (81%) cursó su embarazo sin complicaciones, 115 (10.5%) presentó ruptura prematura de membranas, 66 (6%) presentó amenaza de parto prematuro, 5 (0.4%) presentó datos de endometritis, 22 (2%) presentaron amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas y ninguna presentó las 3 complicaciones (Tabla 2), (Figura 4). En tanto que en el grupo de 170 pacientes con diagnóstico de vaginosis bacteriana 38 (22%) cursó su embarazo sin complicaciones, 33 (19.4%) cursó con ruptura prematura de membranas, 58 (34%) presentó amenaza de parto prematuro, ninguna paciente presentó datos de endometritis, 37 (22%) presentó amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas y 4 (2.3%) presentaron las 3 complicaciones. (Tabla 2.), (Figura 5).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La incidencia de vaginosis bacteriana en nuestra población de pacientes embarazadas es del 13.4% lo cual rebasa ligeramente a lo reportado por la literatura mundial (2).

En lo relativo a factores de riesgo para el desarrollo de vaginosis bacteriana pudimos observar que existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$ en cuanto a uso de DIU, edad mayor a 25 años, multiparidad y antecedente de 3 o más parejas sexuales como factores de riesgo para el desarrollo de la entidad entre ambos grupos, lo cual coincide con lo reportado a nivel mundial (1, 3, 5); sin embargo no podemos concluir que estos sean los únicos factores de riesgo y la asociación de estas a otras situaciones para el desarrollo de la entidad.

El uso de DIU, la edad, la multiparidad y el antecedente de 3 o más parejas sexuales pueden asociarse como factores de riesgo el desarrollo de vaginosis bacteriana, sin descartarse otros posibles factores que no se estudiaron en este trabajo pero que pueden ser la causa de este problema, ya que no pudimos demostrar los factores de riesgo que intencionadamente se buscaron en este estudio, sean la causa de vaginosis bacteriana en la población abierta. En el grupo que presentó vaginosis los factores de riesgo propuestos demostraron ser en una forma importante la causa del problema, de acuerdo a lo publicado en otras partes del mundo.

En cuanto a las complicaciones del embarazo entre ambos grupos encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con una $p < 0.05$ que nos indica que el grupo de pacientes embarazadas con diagnóstico de vaginosis bacteriana tiene un riesgo de hasta 14 veces más de presentar complicaciones que las pacientes sin vaginosis bacteriana; lo cual se encuentra muy por arriba de lo reportado por la literatura mundial (6, 7, 14)

CONCLUSIONES.

La vaginosis bacteriana se presenta en el 13.4% de nuestra población de pacientes embarazadas.

En población abierta no se pudo demostrar que los factores de riesgo propuestos fueran la causa directa de la vaginosis bacteriana.

En la población estudiada con el diagnóstico de vaginosis bacteriana los factores de riesgo propuestos fueron evidentes.

La vaginosis bacteriana es un factor de riesgo muy importante para desarrollar complicaciones como amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas y/o endometritis durante el curso del embarazo.

VAGINOSIS BACTERIANA Y EMBARAZO

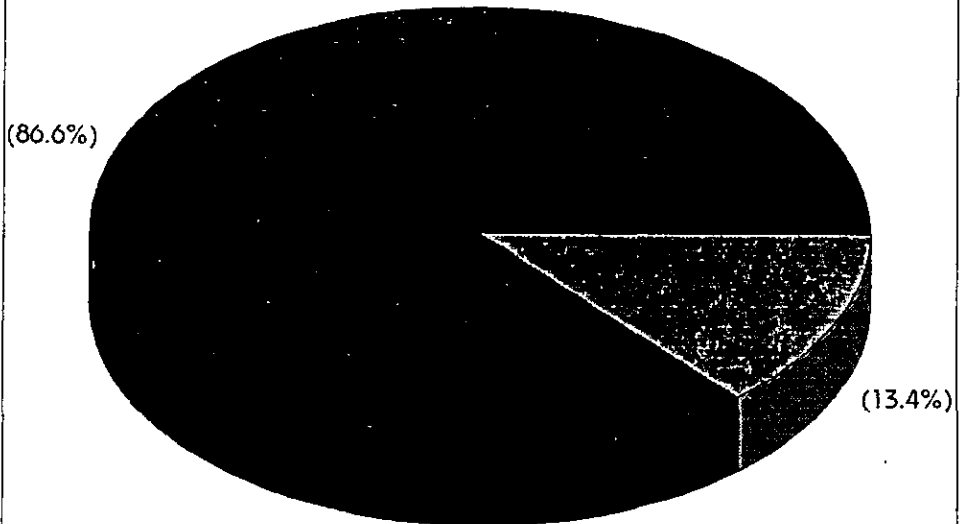
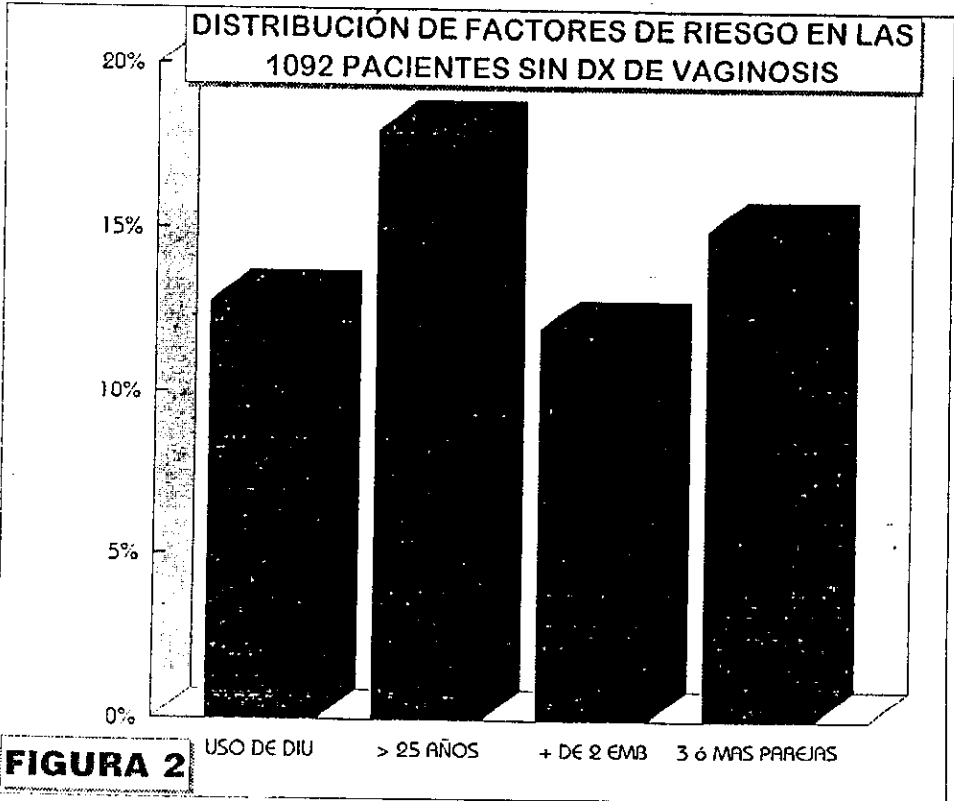
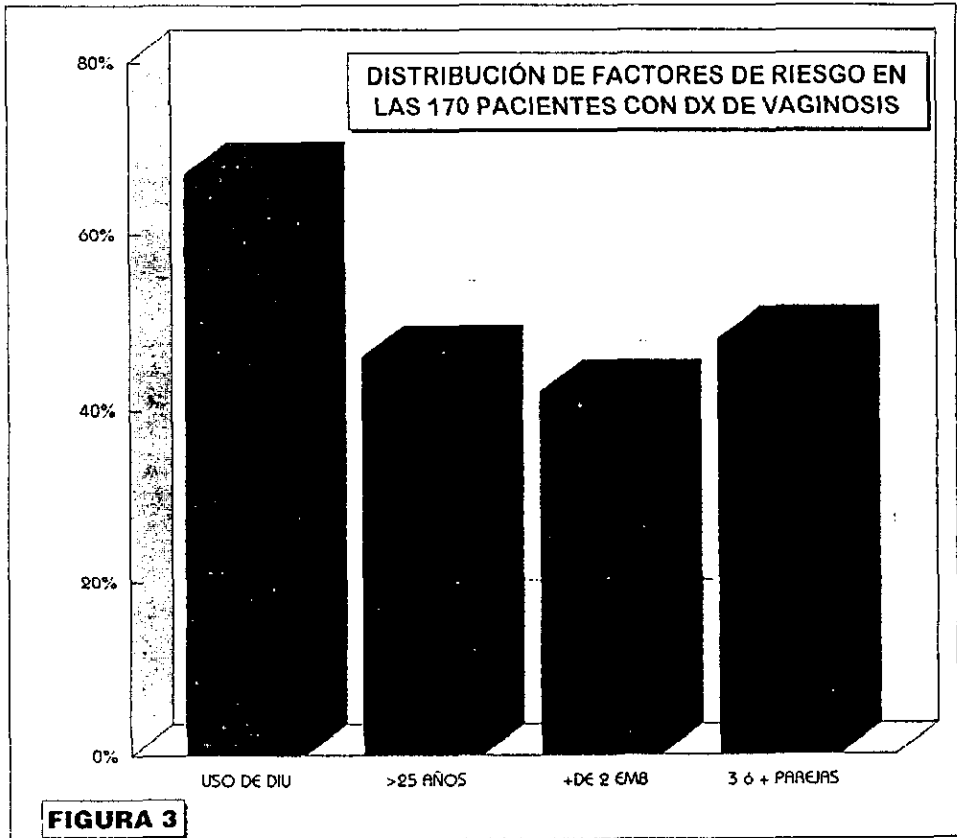


Fig. 1 distribución de pacientes con/sin vaginosis bacteriana en nuestra población





**DISTRIBUCION DE LAS COMPLICACIONES EN LAS
1092 PACIENTES SIN DX DE VAGINOSIS.**

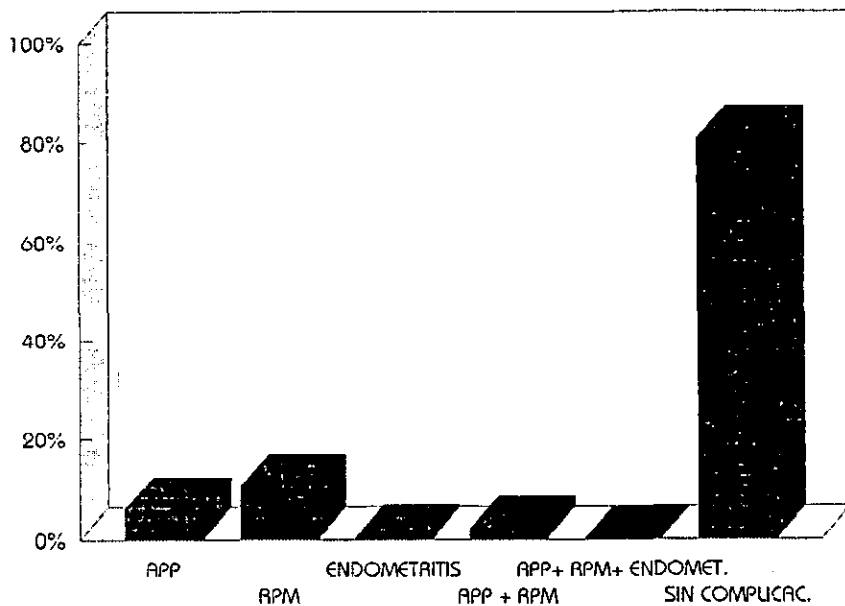


FIGURA 4

DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES EN LAS
170 PACIENTES CON DX DE VAGINOSIS

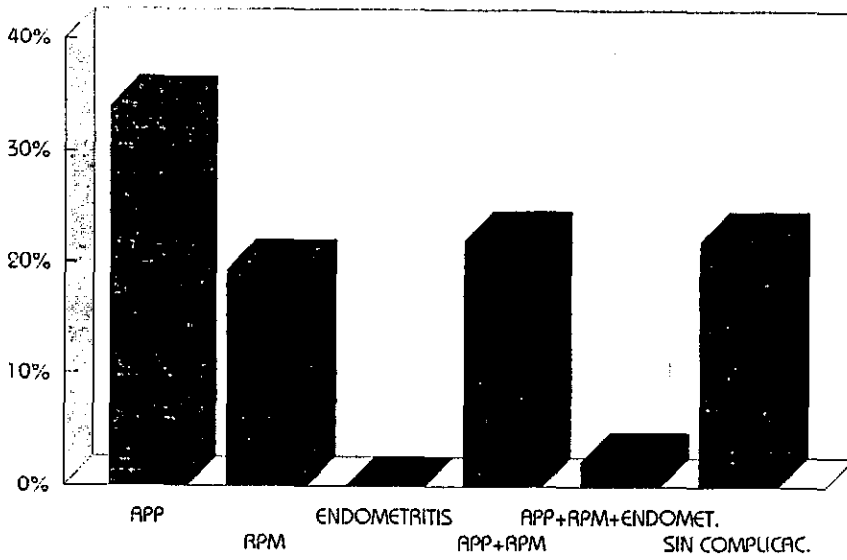


FIGURA 5

FACTORES DE RIESGO

	PACIENTES SIN DX DE VAGINOSIS	PACIENTES CON DX DE VAGINOSIS	TOTAL
USO DE DIU	140 (12.8%)	114 (67%)	
> DE 25 AÑOS	197 (18%)	78 (46%)	
2 ó MAS EMBARAZO:	131 (12%)	72 (42%)	
3 ó MAS PAREJAS	164 (15%)	83 (49%)	
TOTAL ESTUDIADO	1092	170	1262

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN AMBOS GRUPOS DE PACIENTES.

COMPLICACIONES

	PACIENTES SIN DX DE VAGINOSIS	PACIENTES CON DX DE VAGINOSIS	TOTAL
SIN COMPLICACIONE	884 (81%)	38 (22%)	922
RPP	66 (6%)	58 (34%)	124
RPM	115 (10.5%)	33 (19.4)	148
·ENDOMETRITIS	5 (0.4%)	0 (0%)	5
RPP + RPM	22 (2%)	37 (22%)	59
RPP+RPM+ENDOM	0 (0%)	4 (2.3%)	4
TOTAL	1092	170	1262

TABLA 2. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PRESENTE EN AMBOS GRUPOS

REFERENCIAS.

1. Mc Donald W H, Harrison R J, Hakiji TY, et al. Changes in vaginal flora during pregnancy and association with preterm. *Birth J Inf Dis* 1994;170: 724 - 8.
2. Hillier F S, Dean T A, Rouse P K, et al. The normal vaginal flora, H2O2-producing lactobacilli, an bacterial vaginosis in pregnant women. *Clin Inf Dis* 1994;16(4):273-81.
3. Mc Gregor S J, Jacob G K, Richard T G, et al. Antenatal microbiologic and maternal risk factor associated with prematurity. *Am J Obstet Gyneacol* 1992;163(5):1465-73.
4. Hillier F S, Dean T A, Rouse P K, et al. Characteristics of three vaginal flora patterns assessed by Gram stain among pregnant women. *Am J Ostet Gyneacol* 1992;166(3): 938-44.
5. Krohn G M, Lincon V S, Smith Y B, et al. The Genital flora of women with intraamniotic infection. *J Inf Dis* 1995;171(1):1475-80.
6. Klebanoff J M, Goldsmith L J, Kienn Z B, et al. Outcome of the vaginal infections an prematurity study: Result of clinical trial of eritromycin among pregnant women colonized with group B streptococci. *Am J Obstet Gyneacol* 1995;172(5):1240-45.
7. Mc Gregor S J, Richard T G, Kribst H E, et al. Premature rupture of membranes and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gyneacol* 1993;169(2): 463 - 6.
8. Riduan O J, Bacteria vaginosis and preamaturity in Indonesia: Association in early and late pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;169(1): 175-8.
9. Mc Gregor S J, Jacob G K, Richard T G, et al. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections. *Am J Obstet Gynecol* 1995;175 (1): 157 - 66.
10. Mc Donald W H, Robinson R T, Harrison P J, et al. Bacterial Vaginosis in pregnancy and efficacy of short course oral metronidazole treatment: A randomized controlled Trial. *Obstet Gynecol* 1994;84(3): 343- 8.
11. Larsson W P, Couviere S T, Kijjar B H, et al. Incidence of pelvic inflammatory disease after first trimester legal abortion women with bacterial vaginosis after tratment with metronidazole. *Am, J Obstet Gynecol.* 1992;166 (1): 100-6.
12. Mc Greor S J, Hiyakii R K, Wilsson D D, et al. Cervicovaginal microflora and pregnancy outcome: Reults of doble blind placebo controlled trial of erythromycin treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1994;163(1).1234-8.
13. James Z J, Goldwin U K, Jhonson T M, et al. Is trichomoniasis often associated with bacterial vaginosis in pregnant adolescents?. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(3):859-63.
14. Mc Gregor S J, Harrison P J, Donald L D, et al. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(4): 1049-59.
15. Klebanoff M T, Carter E J, Ford T G, et al. Outcome of the vaginal infections and prematurity study: Results of a clinical trial of erythromycin among pregnant women colonized with group B streptococci. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(5): 1540-45.
16. Morales E W, Donald L D, Krausse F K, et al. Effect of metronidazole in patients with preterm birth in preceding pregnancy and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171(2):345-9